

UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ
FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ
INSTITUT MEZIOBOROVÝCH STUDIÍ BRNO

SENIORSKÁ HRA NA SCHOVÁVANOU ANEB
ALHZEIMEROVA CHOROBA

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

VEDOUCÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

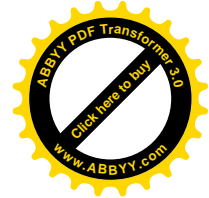
Mgr. Olga Doňková

VYPRACOVALA

Michaela Králová

BRNO

2012



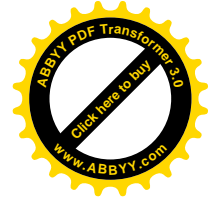
Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Seniorská hra na schovávanou aneb Alzheimerova choroba“ zpracovala samostatně a použila jsem literaturu uvedenou v seznamu použitých pramenů a literatury, který je součástí této bakalářské práce.

Elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné.

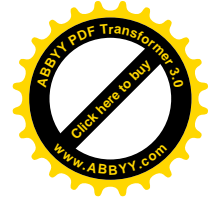
V Brně dne 28. 4. 2012

.....
PODPIS



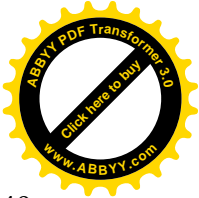
Poděkování

Především bych chtěla poděkovat Mgr. Olze Doňkové za odborné konzultace, cenné rady a pomoc, kterou mi poskytla při zpracování mé bakalářské práce.

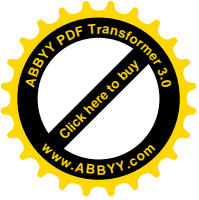


Obsah

Úvod.....	6
1. Stáří	8
1.1 Změny ve stáří.....	10
1.2 Biologické změny ve stáří.....	11
1.3 Psychické (duševní) změny ve stáří.....	11
1.4 Sociální změny ve stáří – soběstačnost a závislost.....	13
2. Demence.....	14
2.1 Příznaky demence.....	15
2.2 Průběh a příčina demence	17
2.3 Klasifikace demence	18
2.4 Diagnostika demencí.....	19
3. Alzheimerova choroba (ACH)	23
3.1 Příznaky Alzheimerovy choroby	25
3.2 Stadia Alzheimerovy choroby	27
3.3 Léčba Alzheimerovy choroby	28
4. Domácí péče o nemocné ACH	31
4.1 Role pečujícího	32
4.2 I pečující potřebuje podporu	33
4.3 Institucionální péče o člověka s Alzheimerovou chorobou	37
4.4 Životní zkušenost.....	39
5. Metodologie a organizace výzkumu.....	41
5.1 Cíl výzkumu	41
5.3 Metoda výzkumu	42
5.4 Výzkumný vzorek.....	42
5.5 Metoda sběru dat	43
5.6 Analýza dat.....	43



5.7 Závěr výzkumu.....	49
Resumé	51
Abstrakt	51
Anotace.....	52
Klíčová slova.....	52
Použitá literatura	53



Úvod

Pro svoji bakalářskou práci jsem si vybrala téma Alzheimerovy choroby, protože mého blízkého člověka tato nemoc postihla a já jsem díky vypracování této práce získala mnoho užitečných poznatků. Nazvala jsem ji s nadsázkou Seniorská hra na schovávanou aneb Alzheimerova choroba. Tak jako jsou z počátku hry nadšeni hráči, kteří pobíhají a hledají, tak jsou pečující o člověka s Alzheimerovou chorobou plni odhodlání se o blízkého nemocného starat. Postupem času jsou ale všichni unaveni. Na konci hry na schovávanou už někteří nemůžou, nebo je to přinejmenším nebaví, stejně tak pečující jsou při dlouhodobé péči vyčerpáni ze stále se opakujících úkonů.

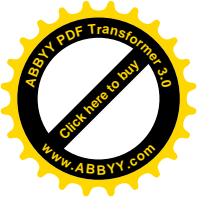
V posledních několika letech se stále častěji hovoří o tom, že naše populace stárne. Rodí se méně dětí a přibývá seniorů v důsledku prodlužování kvality a délky života. Stárání má neblahé následky v podobě podceňování příznaků demence, které jsou zaměňovány za známky normálního stárnutí. S tím, jak přibývá seniorů, dochází i ke zvýšenému počtu osob ohrožených Alzheimerovou chorobou. Tato choroba nebere ohledy na sociální, ekonomické, etnické a geografické hranice a proto se může týkat kohokoli z nás.

Každý pátý člověk nad osmdesát let trpí touto nemocí. Je proto důležité odpoutat se od předsudků, které se stářím souvisí a včasnou diagnostikou zajistit příjemnější průběh nemoci, jelikož stále neexistuje účinná léčba a jedinou možností je zpomalení choroby medikací a aktivizací nemocných.

Alzheimerova choroba se zprvu projevuje poruchou paměti, která je leckdy přičítána k přirozenému procesu stárnutí. Dále následuje porucha myšlení, úsudku, porucha orientace v prostoru, porucha chování, dostávají se bludy a halucinace, deprese či agrese a také se zcela mění povaha nemocného nejčastěji ve formě sobeckosti. Nastupuje porucha čtení, psaní a počítání a upadá celkový zájem o okolní svět.

S rozvojem této choroby dochází ke ztrátě soběstačnosti, kdy nemocný není schopen vykonávat běžné denní činnosti a aktivity. Zhoršuje se chůze, nastupuje zmatenost, více se zhoršuje řeč a plynulé mluvení je stále obtížnější.

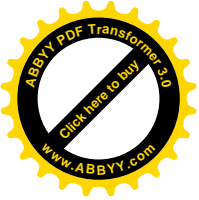
Kraus popisuje fenomén pomoci vycházejícího z lidského altruismu, který se uplatňuje v různých situacích, v nichž člověk potřebuje pomoc. Dále popisuje sociální pedagogiku v kategorii pomoci jako pozitivní pedagogiku, jejímž cílem je poskytovat pomoc dětem, mládeži i dospělým v různých prostředích. Sociální pedagogika hledá optimální formy výchovného působení na člověka, kterými lze, co nejlépe může kompenzovat deficity



v integraci dané osobnosti a stabilizovat je, a to v podobě poznávání osobnosti, její výchově, vztahů a způsobu komunikace, analýza problémů z hlediska.¹

Péče o nemocné je náročná jak po fyzické tak po psychické stránce. Nejdůležitější je pohoda, se kterou pečující vykonává své činnosti. Aby mohl dobře pečovat o nemocného, musí se také starat sám o sebe. Pečovatel musí již na začátku péče zvážit svoje možnosti a včas požádat své příbuzné o občasnou pomoc.

¹ Kraus, Základy sociální pedagogiky, Praha 2008, Portál, s.135



1. Stáří

Stáří je poslední etapou lidského života a mělo by být vnímáno jako plnohodnotná etapa lidského života. „Přináší nadhled a moudrost, pocit naplnění.“² Člověk již nemá pracovní povinnosti, děti jsou z domova a opět nastal čas věnovat se sám sobě a svým zájmům. Ale je to samozřejmě jiné, než když byl člověk dítětem. Má za sebou jisté zkušenosti a znalosti, ale také problémy a starosti. Přesto mnozí z nás vnímají stáří jako něco negativního - obraz člověka, který od rána do večera obíhá lékaře, užívá množství léků, vyhledává slevy v obchodech, nebo který sedí doma u televize a sleduje telenovely.

Podle Rabušice vychází typická definice pro stáří z toho, že starý člověk dosáhne určitého věku, který se pohybuje většinou v rozmezí šedesáti až šedesáti pěti let. Rituál, který jasně vymezuje přechod do této životní dráhy, je odchod do důchodu. Jedinec přestává být angažován v pracovním procesu a začíná pobírat starobní důchod. Důsledkem je vytvoření zvláštní sociální kategorie starých osob, které jsou závislou skupinou. Přičemž její členové by už neměli pracovat, ale naopak již potřebují společenskou a ekonomickou pomoc, kterou mají poskytovat mladší členové společnosti³.

„Každý člověk stárne. Toto elementární tvrzení je všeobecně známé a uznávané. Ostatně lidi říkávají, že stárnutí a stáří, stejně jako smrt, jsou jedinou spravedlivou jistotou, kterou máme.“⁴ Stáří je období, kdy dříve aktivnímu člověku ubývají síly, klesá vitalita, energie a mentální schopnosti. Jeho průběh je zcela individuální a je závislý na zdravotním stavu, vůli jedince, působení vrozených dispozic a dosavadním způsobem života. Odborná literatura rozlišuje stáří kalendářní, biologické a sociální.

Kalendářní stáří

Kalendářní stáří je podle Hamiltona to nejběžnější měřítko, jak je člověk starý. Je to pouze údaj informativní, přestože někteří sedmdesátníci odpovídají stereotypu starého člověka (šedé vlasy, vráscitá kůže atd.), existují však jedinci, kteří nemají tyto znaky, nebo naopak mladší lidé, kteří tyto znaky vykazují velmi brzo⁵.

Dle Mühlpachra, je výhodou vymezení kalendářního stáří - jednoznačnost, jednoduchost a

² Vágnerová, M., Vývojová psychologie II., Praha 2008, Karolinum, str. 299

³ Rabušic, L., Česká společnost stárne, Brno 1995, Georgetown,

⁴ Haškovcová, H., Fenomén stáří, Praha 2010, Havlíček Brain Team, str. 16

⁵ Stuart-Hamilton, I., Psychologie stárnutí, 1. vyd. Praha: Portál, 1999, str. 19



snadná komparace. Dále hovoří o členění stáří, které se v poslední době uplatňuje:

- **65 - 74 mladí senioři** – je to doba, kdy člověk odchází do důchodu, má více volného času, účastní se různých aktivit - jako jsou výlety, návštěvy spolků a mají možnost seberealizace formou koníčků, případně vzdělávání.
- **75 – 84 staří, senioři** – v tomto období se začínají objevovat otázky o stáří, o tom co bude dál, bojí se osamělosti, ztrácí rodinu a přátele. V neposlední řadě se zhoršuje i zdravotní stav
- **85 a více velmi staří senioři** – na významu nabývá míra soběstačnosti – co zvládne a co už ne a také míra závislosti a zabezpečení⁶.

Biologické stáří

Biologické stáří můžeme vyvodit z toho, jak člověk vypadá, jak se cítí po zdravotní stránce, a jakých aktivit je schopen. V podstatě znamená míru opotřebovanosti organismu. A je možné ho změřit různými měřeními – krevního tlaku, množství cholesterolu v krvi nebo tuku v organismu.

Hamilton popisuje biologické stáří jako objektivní stav vývoje nebo degenerace. Někdy se užívá specifitější určení:

- anatomický věk (obecný pojem vyjadřující stav kosterní soustavy)
- karpální věk (stav karpálních neboli zápěstních kůstek)
- fyziologický věk (stav fyziologických procesů organismů, např. rychlost metabolismu)⁷

Sociální stáří

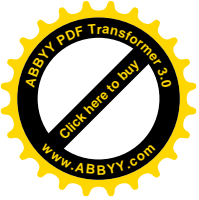
„Sociální stáří je dáno změnou rolí, životního způsobu i ekonomického zajištění.“⁸

Jako počátek sociálního stáří je obvykle označován vznik nároku na starobní důchod nebo skutečný odchod do důchodu. S tím bývá často propojen komplex neužitečnosti a méněcennosti. Průběh stáří také značně ovlivňuje míra společenské izolovanosti člověka. Zde hraje roli skutečnost, zda má starý člověk partnera, děti, přátele. A zda provozuje nějaké zájmy a koníčky. Velkou roli hraje soběstačnost a nezávislost a schopnost aktivního přístupu

⁶ Mühlpachr,P.,Gerontopedagogika, 1.vyd.Brno:Masarykova Univerzita 2004, str. 21

⁷ Stuart-Hamilton,I.,Psychologie stárnutí, 1.vyd.Praha:Portál, 1999, str. 23

⁸ Mühlpachr,P.,Gerontopedagogika, 1.vyd.Brno:Masarykova Univerzita 2004, str.19



života. Pasivní člověk je nesamostatný, rád odpočívá, očekává péči, cítí se opuštěný, své problémy zveličuje a obrací pozornost na svou osobu.

1.1 Změny ve stáří

Ve stáří dochází k mnoha somatickým i psychickým změnám. Z vnějšího pohledu na člověka, pozorujeme snížení postavy i ve tváři je vidět věk, zejména v její spodní části – špičatější nos, vystupující brada. Toto má větší psychologický význam jako změna váhy nebo postavy, protože právě ve tváři jsou změny nejvíce patrné. Dochází také ke zhoršení zraku a sluchu, což můžeme mít za následek snížení výkonu a u nedoslýchavosti dochází k psychickým symptomům, jako izolovanost až podezíravost.⁹

Hayflick vidí stárnutí jako biologické hodiny, které nám nelítostně odpočítávají náš čas. Každý živý živočich má v sobě více těchto hodin, jsou od sebe navzájem odděleny, ale pracují v jisté souhře. A jak člověk stárne, dochází k vážnějším poruchám vzájemné koordinace chodu jeho vnitřních hodin.

3 155 414 400 sekund nebo

52 590 240 minut nebo

876 504 hodin nebo

36 521 den nebo

5 218 týdnů nebo

1 200 měsíců nebo

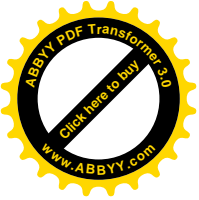
400 ročních období nebo

100 let – je dohromady

1 lidský život¹⁰

⁹ Holmerová, I., Jurášková, B., Zikmundová, K., Vybrané kapitoly z gerontologie, Praha: EV public relations, 2007 str. 61

¹⁰ Hayflick, L., Jak a proč stárneme, 1 vyd. Praha: Columbus, 1997, str. 373



1.2 Biologické změny ve stáří

Biologické stárnutí postihuje celý organismus, podílí se na tom fyziologické změny. Projevuje se to mimo jiné omezením hybnosti, změna výdrže a výkonnosti, sníženou imunitou a také zhoršením smyslových orgánů – zejména zraku a sluchu¹¹.

„Univerzální znaky stárnutí jsou takové znaky, které sdílejí všichni staří lidé (například vrásčitá kůže), zatímco probabilistické znaky stárnutí jsou pravděpodobné, ale nikoliv univerzální (kupříkladu artróza).¹²

Hamilton uvádí tyto změny:

- tělesné tkáně – svaly, pokožka, ztrácí elasticitu
- vylučovací soustava – zpomaluje svou činnost, ztrácí výkonnost
- trávicí soustava – je méně zdatná při střebávání živin
- dýchací soustava – zajišťuje menší přívod kyslíku než dříve
- oběhová soustava – srdce ztrácí svou sílu, zužují se cévy, v důsledku toho je potřeba více energie k rozvádění krve po celém těle¹³.

1.3 Psychické (duševní) změny ve stáří

Duševní činnost starých lidí je zpomalena. Důležitější než rychlost je pro u nich přesnost. Dokazují to klasické situace, jako přecházení vozovky nebo přepočítávání peněz při nákupu. Obecně platí, že staří lidí špatně snášejí změny. Čím je člověk starší, tím větší je pro něj trauma stěhování nebo jakákoliv jiná změna.¹⁴

Změny fyziologické vždy souvisejí s chováním, s prožíváním a také s postavením člověka ve společnosti a mají vliv na centrální nervovou soustavu i na činnost ostatních orgánů. Tyto změny ovlivňují chování a vlastnosti člověka. Psychické stárnutí se projevuje ve změnách kognitivních schopností, emocionality, zpomalení psychomotorických činností, paměti, učení a vnímání.

¹¹ Mühlpachr,P.,Gerontopedagogika, 1.vyd.Brno:Masarykova Univerzita 2004,str.23

¹² Stuart-Hamilton,I.,Psychologie stárnutí, 1.vyd.Praha:Portál, 1999, str. 18

¹³ Stuart-Hamilton,I.,Psychologie stárnutí, 1.vyd.Praha:Portál, 1999, str.25

¹⁴ Mühlpachr,P.,Gerontopedagogika, 1.vyd.Brno:Masarykova Univerzita 2004, str.25



Tyto změny popisuje Vágnerová:

Poznávací (kognitivních) funkce – zpomalení kognitivních procesů a reakčních časů. Starší lidé nejsou méně schopní, pouze bývají pomalejší, co vede ke zhoršení kvality poznávacích funkcí

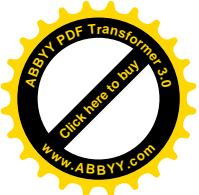
- Percepce (vnímání): příjem podmětů, které jsou důležité pro orientaci v prostředí, bývá narušen či ztížen zhoršováním zrakových a sluchových funkcí. Starší člověk se musí více soustředit, aby dobře viděl a slyšel všechno to, co potřebuje.
- Pozornost: postupně se zhoršuje schopnost soustředit se a zaměřit na potřebné informace a eliminovat ty nepotřebné.
- Paměť: objevují se nedostatky paměťových funkcí a s nimi spojené obtíže v učení. Zhoršuje se zpracování a ukládání nových informací i vybavování dříve zapamatovaného.
- Rozumové schopnosti: uvažování starších lidí má určité znaky, které ovlivňuje stárnutí ale i změna životního stylu. Zvětšuje se tendence k dogmatismu a k odmítání nových neověřených způsobu uvažování. Největší pokles je zřejmý v oblasti inteligence, která umožňuje hledat nejen správné, ale i dostatečně rychlé řešení problému, zatímco naučené funkce přetrvávat déle.

Emocionalita - dochází ke dvěma zdánlivě protikladným změnám, k celkovému zklidnění a k zvýšení dráždivosti, narůstá citová labilita a snižuje se odolnost k zátěži.

Motivace a regulační funkce - Starší lidé v důchodu jsou více izolovaní ve svém soukromí, které nemá na jejich sebeovládání takové velké nároky jako např. pracoviště. Aktivní vůle bývá u těchto lidí dost často utlumena, často se pomalu a neradi rozhodují, a pokud nějaké rozhodnutí přijmou, mívají potíže i při volbě přijatelného a účinného způsobu jeho uskutečnění. Pasivní vůle se uplatňuje při rozhodování a její podstatou je vytrvalost, která ve stáří bývá ještě silnější než dříve.

Osobnostní vlastnosti: Ve stáří mívají spíše negativní charakter, i když nelze je vždy takto hodnotit, protože větší vyrovnanost, spolehlivost a empatie jsou vesměs pozitivní vlastnosti¹⁵.

¹⁵ Vágnerová, M., Vývojová psychologie II., Praha 2008, Karolinum, str. 317-327.



1.4 Sociální změny ve stáří – soběstačnost a závislost

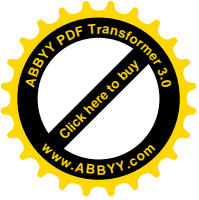
Je to kombinace několika sociálních změn, ztráta životního programu, společenské prestiže, zhoršení zdravotního stavu, ztráta blízké osoby, osamělost, finanční problémy, hrozba ztráty soběstačnosti a hrozba závislosti na ostatních. Člověk se musí přizpůsobit na jiný denní režim a naučit se využívat volný čas, kterého má nyní dostatek.

Kromě fyzického a duševního zdraví je důležitá v životě seniorů míra jejich závislosti a soběstačnosti. V životě starších lidí hraje soběstačnost a nezávislost na druhých velkou roli. Rodina stále přestavuje pro seniory rozhodující místo sociální integrace. Vzhledem ke změnám, které se promítají i do bydlení, můžeme sledovat i posuny ve vztahu mezi starými lidmi a příbuzenstvem. Mění se jejich vzájemná závislost. V první fázi rodiče představují pro děti podporu a pomoc. Proto jsou děti často spokojeny s tím, že rodiče i v důchodu pracují, a senioři ví, že nejsou na nikom závislí a mají náplň života. V další fázi se tato závislost však obrací. Seniorům ubývá sil, zhoršuje se zdraví. Stávají se sami závislými a potřebují pomoc od dětí.¹⁶

Vágnerová tuto vzájemnou závislost popisuje jako symetrii a asymetrii v postavení obou generací. Rodiče mají tendenci potomkům pomáhat, všemi způsoby je podporovat a předávat jim svoje zkušenosti. Ale pod vlivem tělesných a psychických změn seniorů se mění i vzájemné vztahy. Narůstá asymetrie postavení obou generací- rodiče se stávají závislými a nesoběstačnými. Pokles soběstačnosti znamená zvýšení závislosti na druhých lidech, leckdy vyústí i k vynucené změně života.¹⁷

¹⁶ Alan, J., *Etapy života očima sociologie*. 1 vyd.Praha:Panorama, 1989,str.417

¹⁷ Vágnerová,M, *Vývojová psychologie II.*,Praha 2008, Karolinum, str.288 ..



2. Demence

Pojem „demence“ pochází z latiny a doslova znamená „bez mysli“. Předpona „de“ znamená odstranit a „mens“ je latinské slovo pro mysl.¹⁸

Německá literatura popisuje demenci jako – cestu od duše, nebo bez duše. Poprvé tento pojem uvedl lékař P. Pinel (1745 -1826), pro různé nemoci, které vedou k dezorientaci intelektu.¹⁹

Hamilton popisuje demenci jako celkový úpadek psychických funkcí, způsobený atrofii centrálního nervového systému²⁰.

Demence jsou velmi časté choroby především vyššího věku, postihují poznávací funkce jako je paměť, intelekt, pozornost, motivace. Nejnápadnější projevy pro okolí jsou zpočátku poruchy paměti a později se přidávají poruchy dalších funkcí.²¹

Buijssen uvádí, že demence je způsobena dysfunkcí mozku, řídicí centrum mozku nefunguje, jak by mělo. Nemoc začíná postupně, zmocní se oběti tiše a plíží se jako dravec za kořistí a postupem času se zhoršuje. Člověka, který je postižený demencí, čeká postupný úpadek. Nemoc je tak ničivá, že poslední fázi se pacient podobá jen stěží člověku, kterým byl na jejím začátku. Během první fáze je demence sotva patrná. Oči jsou otevřené a jasné, mysl je čistá, člověk se pohybuje a chodí, jak byl zvyklý. V konečné fázi demence je člověk zcela závislý na druhých a zapomněl vše, co se kdy naučil. Člověk s těžkou demencí končí svůj život, tak jak ho začal – jako bezmocné dítě.²²

*„Demence je vždy důsledkem choroby. Demence není nikdy důsledkem pouhého stárnutí.“*²³ Demence je často spojována se stářím a nazývána jako stařecká demence. Tento pojem je však zavádějící, protože demence není normální součástí stárnutí, ale jde o chorobný proces, který vzniká závažným onemocněním, nebo jiným procesem, jako je např. otrava nebo trauma a postihuje mozek zejména mozkovou kůru.²⁴

U většiny starých lidí se myšlení zpomaluje, zhoršuje se vybavování jmen, čísel, některé pojmy, schopnost ukládat nové informace, celkový intelektový výkon klesá. Může se, ale jednat o mírné kognitivní poruchy, člověk více zapomíná, ale celkové fungování není výrazně narušeno – není to demence. O demenci se jedná, až člověk selhává v denních

¹⁸ Buijssen, H., Demence, Praha: 2006, str. 13

¹⁹ Holmerová, Jerolímová, Suchá, Péče O Pacienty S Kognitivní Poruchou, Praha: EV public relations, 2007, Str. 11

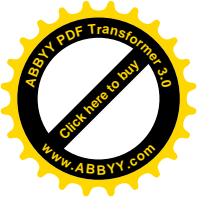
²⁰ Stuart-Hamilton, I., Psychologie stárnutí, 1. vyd. Praha: Portál, 1999, str. 177

²¹ Mühlpachr, P., Gerontopedagogika, 1. vyd. Brno: Masarykova Univerzita 2004, str. 40

²² Buijssen, H., Demence, Praha: 2006, str. 13

²³ Holmerová, I., Jurášková, B., Zikmundová, K., Vybrané kapitoly z gerontologie, Praha: EV public relations, 2007, str. 83

²⁴ Holmerová, I., Jarolímová, Na pomoc pečujícím, Novartis, str. 5



aktivitách - v soběstačnosti, v sociálních vztazích, v zaměstnání. „Rodina někdy u stárnoucího příbuzného těžko rozlišuje, které symptomy jsou přirozené, věkem podmíněné a změny, které již nejsou důsledkem fyziologického stáří.“²⁵

2.1 Příznaky demence

Porucha paměti je hlavním příznakem demence podle diagnostických kritérií (MKN – 10) i (DSM – IV -TR). Podle (MKN -10) porucha odpovídající kritériím demence má trvat alespoň šest měsíců, pokud trvá, kratší dobu má být diagnóza demence pouze prozatímní²⁶.

Diagnostická kritéria Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize (MKN – 10)²⁷

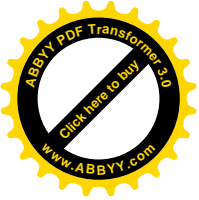
- Pokles paměti při učení novým věcem, těžší vybavování dříve naučeného. Pokles paměti můžeme rozdělit jako mírný, středně těžký, a těžký.
- Úpadek myšlení a úsudku při plánování, organizování a všeobecném zpracování informací. Důkazy by měly být získány od jiné osoby a doplněny testy a hodnocením. Pokles můžeme hodnotit jako mírný, středně těžký a těžký.
- Závažnost demence je vyjádřena jako úroveň zhoršení paměti nebo jiné kognitivní schopností.
- Povědomí a prostředí, musí být zachováno dlouhodobě, aby se prokázaly příznaky poruchy paměti, poklesu myšlení a úsudku
- Pokles emoční kontroly nebo motivace se projevuje nejméně jedním z příznaků - emoční labilita, podrážděnost, apatie, obhroublost ve společenském vystupování
- Pro stanovení diagnózy musí být přítomna poruchy paměti, poklesu myšlení a úsudku nejméně 6 měsíců²⁸

²⁵ Holmerová, Jerolímová, Suchá, Péče O Pacienty S Kognitivní Poruchou, Praha:EV public relations,2007, str.13

²⁶ Rössner, P. Alzheimerova choroba-diagnostika a léčba. Neurologie pro praxi 1/2004[online]c.2004, str.11[cit.11.11.2011] dostupné z: <http://www.neurologiepropraxi.cz/>

²⁷ Mezinárodní Klasifikace Nemocí A Přidružených Zdravotních Problémů Byla Ve Svě 10. Revizi (MKN-10) Přijata Světovou Zdravotnickou Organizací (WHO) V Roce 1993, V ČR Pak V Roce 1994. Od 1.Ledna 2012 Vstoupila V Platnost Aktualizovaná Verze.

²⁸ Bartoš,A.,Hasalíková. M.,Poznejte demenci správně a včas - příručka pro klinickou praxi. Mladá fronta.str.20



Kritéria demence dle Americké psychiatrické asociace (DSM -IV – TR)

- zhoršení paměti – neschopnost se učit novým informacím a vybavit si informace dříve naučené
- nejméně jedna z následujících kognitivních poruch:
 - 1) **afázie** - porucha nebo ztráta řeči vztahuje se k chápání a vyjadřování myšlenek prostřednictvím slov
 - 2) **apraxie** - porucha provádění motorické aktivity navzdory neporušeným motorickým funkcím,
 - 3) **agnozie** - porucha rozpoznávání a identifikování věcí na vzdory nepoškozeným sensorickým funkcím, výkonných funkcí jako organizování, plánování, následnosti, abstrakce.²⁹

Aglosaská literatura často uvádí pojem **ABC demence**. A uvádí, že demence nepředstavují pouhou poruchu kognitivních funkcí. Jsou provázeny změnami a poruchami chování a vedou k poruše chování a mají významné sociální dopady na pacienta a jeho rodinu

A – Activities of daily living – aktivity denního života

B – Behaviour – chování a nálada

C – Cognition – kognitivní funkce³⁰

²⁹ Ressler, P. Alzheimerova choroba-diagnostika a léčba. Neurologie pro praxi 1/2004[online]c.2004, str.11[cit.11.11.2011] dostupné z:<http://www.neurologiepropraxi.cz/>

³⁰ Holmerová, Jerolímová, Suchá, Péče O Pacienty S Kognitivní Poruchou, Praha:EV public relations,2007, str. 13



Jirák také hovoří o těchto třech základních oblastech postižení u demence.

Tab. č. 1 Klinické příznaky demence dle Jiráka³¹

A	B	C
Oblast aktivit denního života	Behaviorální a psychologické symptomy demence	Oblast kognitivních funkcí
Potíže s komplexními činnostmi	Porucha osobnosti	Porucha paměti – neukládají se nové informace, staré zážitky výbavné
Vokalizace – sténání, křik	Společensky nepřijatelné chování	Porucha orientace
Potíže s domácími pracemi	Porucha exekutivních funkcí-porucha dovedností plánovat a rozhodovat se	Poruch úsudku a myšlení
Problémy v sebeobsluze	Poruchy emotivity	Porucha řeči
Ztráta kontinence	Deprese a úzkost	Porucha poznávání
Neschopnost komunikovat	Podrážděnost, apatie	Apraxie – porucha hybnosti
Neschopnost chůze	Agresivita (fyzická, verbální)	
Plná závislost na pomoci druhých	Halucinace a bludy	
	Misidentifikace -poruchy poznávání	
	Toulání	
	Příznak soumraku – zhoršení stavu a neklid v pozdních odpoledních hodinách nebo na večer	
	Poruchy příjmu potravy - bulimie, anorexie, pika	

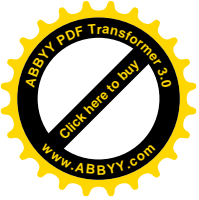
2.2 Průběh a příčina demence

Průběh demence závisí na typu demence a také na příčině, která k tomuto syndromu vedla. Přesná příčina demence není doposud známá. Prokázány byly pouze faktory, které mohou ovlivnit vznik demence, jako jsou vyšší věk, genetické faktory, Downův syndrom a také větší riziko u lidí, kteří utrpěli vážné poranění lebky a ti, co mají chronický vysoký tlak, vysoký cholesterol a také nedostatek mentální a fyzické aktivity³².

K určení průběhu demence existuje řada stupnic. Mulhpachr uvádí sedmičlennou stupnici Reisenbergovy skupiny z roku 1982, která je založena na míře postižení kognitivních funkcí

³¹ Jirák, Laňková, Demence, Praha 2007: Nadační fond Praktik, str. 3

³² Buijssen, H., Demence, Praha: 2006, str. 18, Holmerová, Jerolímová, Suchá, Péče O Pacienty S Kognitivní Poruchou, Praha: EV public relations, 2007 str. 32



a stupnici Hungesovu a kol. pětistupňová, která je ještě více používána. Tato stupnice je založena na vyšetření paměti, orientace, úsudku a řešení problémů, zvládnání společenských záležitostí a také zkoumá koníčky, osobní zájmy a úroveň péče³³.

Pro moji bakalářskou práci je aplikovatelné zjednodušené rozdělení na tři stádia demence, které uvádí Holmerová:

- 1) počínající a mírná demence – v této fázi se objevují poruchy paměti, především krátkodobé paměti, které znesnadňují každodenní běžné činnosti, poruchy koncentrace, poruchy chování a sociálních funkcí
- 2) středně pokročilá demence – v této fázi se objevují i poruchy dlouhodobé paměti i bludná přesvědčení. Projevuje se již porucha soběstačnosti a pacient potřebuje častý dohled a trvalou pomoc
- 3) pokročilá forma demence – pacient je odkázán na neustálou péči a pomoc v soběstačných aktivitách Zde již má těžké poruchy paměti. Ztrácí schopnost myšlení, komunikace.³⁴

2.3 Klasifikace demence

Podle Hamiltona je demence postupující úpadek paměťových, intelektových a jazykových schopností, kterou doprovází změny osobnosti a někdy také změny motorických dovedností. Pacienti se mohou svými symptomy nápadně lišit, avšak obecně je možné jednotlivé typy rozlišit na základě charakteristik jejich průběhu.³⁵

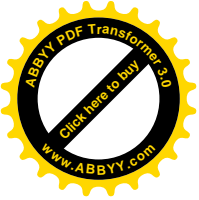
Dle Mühlpachra je v medicínské praxi rozšířené schéma Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN -10)

- 1) Demence u Alzheimerovy nemoci
- 2) Vaskulární demence
- 3) Demence u jiných nemocí zařazených jinde
- 4) Neurčené demence

³³ Mühlpachr,P.,Gerontopedagogika, 1.vyd.Brno:Masarykova Univerzita 2004,str 52

³⁴ Holmerová,I.,Jurášková,B.,Zikmundová,K., Vybrané kapitoly z gerontologie,Praha:EV public relations,2007str. 83

³⁵ Stuart-Hamilton,I.,Psychologie stárnutí, 1.vyd.Praha:Portál, 1999, str. 223



V nelékařské společnosti je častější použití švédského schématu Swedish Consensus on Dementia and Dementia Diseases. Podle tohoto třídění můžeme demenci rozdělit podle příčiny do tří skupin:

Atroficko - degenerativní demence, zde je příčinou demence degenerativní postižení mozku. Patří sem Alzheimerova choroba, která je nejčastější demencí vůbec. Dále pak Korova nemoc s Lewyho tělísky, která je pokládána za variantu Alzheimerovy choroby, demence při Parkinsonově chorobě, Huntingtonova chorea, Pickova choroba, a další vzácně se vyskytující demence.

Ischemicko – vaskulární demence: představují druhou nejčastější příčinu demencí. Je způsobena kombinací faktorů, které vedou ke špatnému prokrvení a okysličení mozkové tkáně, které vedou následně ke snížení mozkové látkové přeměny. Patří sem multiinfarktová demence, vaskulární demence s náhlým začátkem, Binswangerova choroba a další vzácné typy vaskulárních demencí.

Symptomatické demence: jsou způsobeny řadou různých nemocí, úrazů, infekcí nebo také intoxikací. Např. demence infekčního původu – demence při AIDS, demence při nádorových onemocněních, demence na podkladě intoxikací³⁶.

2.4 Diagnostika demencí

Pro diagnostikování demence je důležité si uvědomit, že demence projevuje u každého člověka trochu jinak, ale má společné znaky. Projevy těchto znaků přibývají s věkem a v průběhu jednotlivých stádií demence se o sebe liší a jejich stav se zhoršuje. Jestliže jsou postiženy pouze kognitivní funkce, může se jednat o demenci, anebo také o delirium a depresi. Aby se mohlo uvažovat o diagnóze demence, musí se poruchy u člověka projevovat ve třech oblastech zároveň a to v oblasti kognitivních funkcí, v chování a funkčních schopnostech.

Lékaři často diagnózu demence stanovují opožděně. Až vyloučí všechny ostatní možnosti jako depresi, nádor, horečnaté onemocnění, napadne je konečně demence. Není to však tím, že by demence neměla obecné charakteristiky, ale spíše, že změny není možné přičíst něčemu

³⁶ Mühlpachr,P.,Gerontopedagogika, 1.vyd.Brno:Masarykova Univerzita 2004, str. 51-52



konkrétnějšímu. A také příbuzní a známí nemocného mohou oddálit nebo uspíšit lékařské vyšetření. Když okolí upozorní na jeho nezvyklé chování, může nemocný vyhledat pomoc dříve, než by to udělal sám. Ale blízcí lidé také mohou problémy postiženého popírat, bránit vnějším tlakům na vyšetření, které chápou jako zasahování do soukromí rodiny.³⁷

Diagnostiku můžeme rozdělit do tří fází:

1. Zjištění diagnózy demence nebo jiných onemocnění
2. Určení typu demence
3. Určení stupně demence.³⁸

Diagnózu syndromu demence se může velmi dobře určit z anamnézy, fyzikálního a laboratorního vyšetření, vyšetření mentálního a psychického stavu. A popřípadě podle stavu pacienta neurologické vyšetření s následnou zobrazovací metodou CT nebo magnetická rezonance mozku (MRI)³⁹.

Anamnestický rozhovor – rozhovor s pacientem a jeho rodinou by měl zjistit, základní informace o soběstačnosti pacienta, informace o jeho životě, zaměstnání o jeho dřívějších a současných zájmech, o rodinném zázemí pacienta, zda pacient žije s rodinou nebo sám, jaké pacient zvyky a také informace o zdravotním stavu.⁴⁰

Test MMSE (Mini Mental Status Examination) je nejčastěji používaným testem kognitivních funkcí. Má pouze orientační charakter, ale je používán jak v diagnostice, tak ve výzkumu. Pomocí tohoto testu zjistíme stav postižení, není specifický pro Alzheimerovu chorobu, ale je specifický pro demence.

Pomocí testu MMSE se zjišťuje paměť, časoprostorová orientace, orientace osoby, řeč a jazyk. Odpovědi na jednotlivé otázky se hodnotí pomocí bodů. V testu je možné dosáhnout nejvýše třiceti bodů. Hranice, která odděluje dementní lidi od nedementních je dvacet tři bodů.⁴¹ Jelikož jsou úkoly relativně jednoduché, test dobře odliší středně těžkou a těžkou demenci, ale není možné spolehlivě identifikovat mírnou kognitivní poruchu. Ale nedostatkem testu je malá citlivost k lehkým a počínajícím deficitům. Lidé s vyšším vzděláním mohou do-

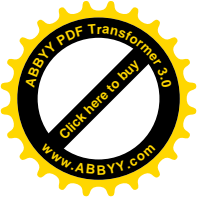
³⁷ Stuart-Hamilton, I., Psychologie stárnutí, 1. vyd. Praha: Portál, 1999 str. 180

³⁸ Hajdovská Tlustá Kateřina [online] c2006 [cit. 5.4.2012] dostupné z: <http://haj-tl.wz.cz>

³⁹ Jiráček, Laňková, Demence, Praha 2007: Nadační fond Praktik, str. 4

⁴⁰ Holmerová, Jerolímová, Suchá, Péče o pacienty s kognitivní poruchou, Praha: EV public relations, 2007, str. 31

⁴¹ Mühlpachr, P., Gerontopedagogika, 1. vyd. Brno: Masarykova Univerzita 2004, str. 41



sahovat normálních hodnot i navzdory počínají demenci. A naopak osoby s nižším vzděláním mohou mít nižší skóre, ačkoliv se u nich nejedná o pokles kognitivních funkcí.⁴²

Test kreslení hodin – v tomto testu selhávají dementní pacienti, ale obzvláště v něm selhávají pacienti, kteří trpí Alzheimerovou chorobou. Spočívá v nakreslení ciferníku hodin a umístění ručiček tak, aby ukazovaly požadovaný čas.

Pro vyhodnocení tohoto testu existuje několik bodovacích systémů a schémat. Ale nejsou vůbec nutné, protože výsledek, vidíme na první pohled. O největší selhání se jedná tehdy, jestliže to co pacient nakreslil, se vůbec nepodobá hodinám a nelze z toho ani odečíst čas.

Zobrazovací metoda u diagnostiky Alzheimerovy choroby je jednak CT mozku a jednak magnetická rezonance. Obě tyto metody ukazují změny tvaru vztahů, které jsou uprostřed mozku. Pokud, ale vyšetření prokáže pouze atrofii – úbytek mozkové tkáně beze změn cévních, pak je vysoké podezření na Alzheimerovu chorobu. Zobrazení mozku se doporučuje u všech pacientů s demencí. CT je základním vyšetřením, které zobrazí některé afekce projevující se kognitivní poruchou. Magnetická rezonance mozku upřesňuje diagnostiku demence a také indentifikuje ty léčitelné příčiny demence. Nejčastěji se posuzuje úbytek mozkové tkáně na pěti strukturách a to v celém mozku, mozkové komoře, hipokampu, entoriální kůře amygdale. Nejdůležitější je struktura hipokampu, která je odpovědná za paměť. U Alzheimerovy choroby právě tyto struktury zmenšují svůj objem co nejrychleji.⁴³

Určení diagnózy je východiskem k pochopení situace, jak pacienta, tak i rodinného příslušníka. Měla by být včasná, aby si člověk mohl naplánovat svoji budoucnost a zařídít vše potřebné i pro dobu, kdy už se nebude umět samostatně rozhodovat.⁴⁴ Všichni potřebují vědět, co mohou očekávat, jak rychle bude nemoc postupovat a teprve poté se mohou poradit a rozhodnout společně. Zvláště důležité je to u Alzheimerovy choroby, protože v tomto případě dříve nebo později dojde k situaci, že se pacient nebude noci rozhodnout sám nebo jeho rozhodnutí nemusí být respektováno z pouhé pochybnosti, že se nerozhodl správně. Ale existuje možnost, že pacient sepíše svá přání ohledně své budoucí léčby a péče, kdy je ještě schopen rozhodovat. Tento dokument se nazývá living will nebo advance directives. Do češtiny se tento pojem dá přeložit jako ustanovení vůle.⁴⁵

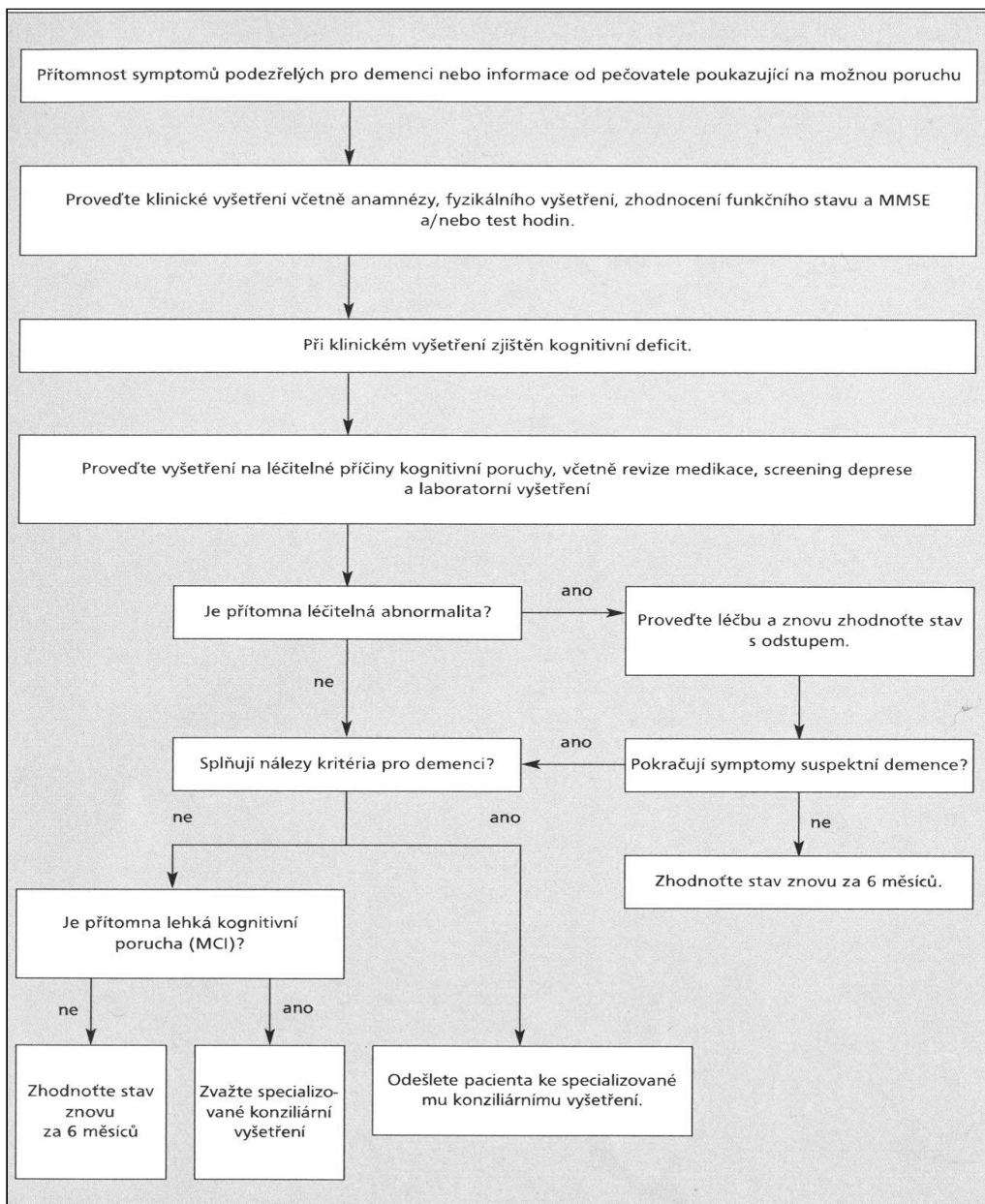
⁴² Bartoš,A.,Hasalíková. M.,Poznejte demenci správně a včas - příručka pro klinickou praxi. Mladá fronta, str.50

⁴³ Bartoš,A.,Hasalíková. M.,Poznejte demenci správně a včas - příručka pro klinickou praxi. Mladá fronta, str.77

⁴⁴ Holmerová, I.,Jarolímová, Na pomoc pečujícím,Novartis, str.3

⁴⁵ Holmerová,I.,Jurášková,B.,Zikmundová,K.,Vybrané kapitoly z gerontologie,Praha:EV public relations,2007str.126

Tab.č. 2 Diagnostický postup u podezření na kognitivní poruchu upraveno dle Jiráka⁴⁶



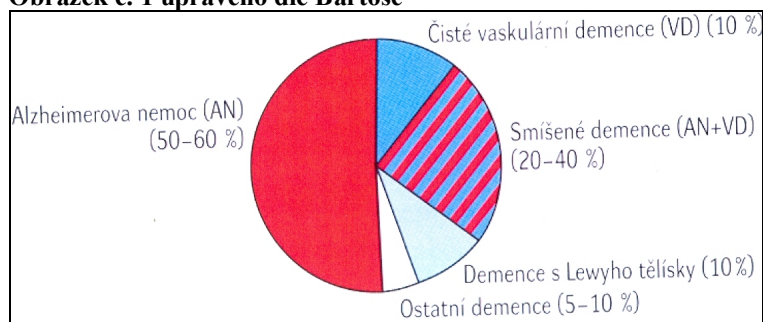
⁴⁶ Jiráka, Laňková, Demence, Praha 2007: Nadační fond Praktik, str. 1

3. Alzheimerova choroba (ACH)

Demence má mnoho forem. Její nejběžnější forma je Alzheimerova choroba, ze všech lidí, kteří trpí demencí, představuje tato choroba asi 55%.

Je to sedmá nejčastější příčina smrti osob všech věkových kategorií a pátá příčina smrti u lidí nad 65 let⁴⁷

Obrázek č. 1 upraveno dle Bartoše⁴⁸



Alzheimerova choroba má za následek to, že člověku ubývá, co je mu nejvladnější – jeho intelekt, schopnost myslet, orientovat se, soustředit se, a především mu ubývá paměť. Nemocný se mění před očima a postupně se rozkládá celá jeho osobnost.

„Alzheimerova demence je závažné neurodegenerativní, progresivní a ireverzibilní onemocnění, které zasahuje do života celé pacientovy rodiny.“⁴⁹

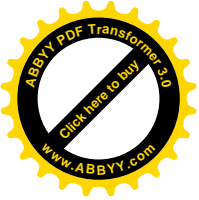
U Alzheimerovy choroby dochází k úbytku nervových buněk. V mozku postižených vznikají škodlivé bílkoviny jako, ty se ukládají v podobě vláken uvnitř nebo v okolí nervových buněk amyloidové plaky. Současně v mozkové tkáni ubývá acetylcholin, který je potřebný pro přenos nervových vzruchů. A při jeho nedostatku ztrácí buňky schopnost vzájemně si vyměňovat informace. Toto se projeví na postupném zhoršování rozumových a paměťových schopnostech a rozvíjí se demence.⁵⁰

⁴⁷ Bartoš, A., Hasalíková, M., Poznejte demenci správně a včas - příručka pro klinickou praxi. Mladá fronta, str. 57

⁴⁸ Bartoš, A., Hasalíková, M., Poznejte demenci správně a včas - příručka pro klinickou praxi. Mladá fronta, str. 56

⁴⁹ Zvěřová, Alzheimerova demence a zátěž pečovatele [online] c2010 [cit 3.4.2012] dostupné z: <http://www.cspychiatr.cz/detail.php?stat=652>

⁵⁰ Šebková, S. Alzheimerova choroba [online] c2010 [cit 3.4.2012] dostupné z: <http://www.ordinace.cz/>



Nejprve se sluky vláken objeví v centru paměti, následně pronikají do hippocampu, části mozku, které jsou odpovědné za vytváření vzpomínek na situace nebo objekty a v poslední fázi napadají neokortex, který je zodpovědný za zpracování vjemů a reagování na podněty.⁵¹

Alzheimerova choroba se nazývá po německém neurologovi Aloisi Alzheimerovi, který v roce 1906 popsal podivnou demenci. Od té doby nemáme o příčinách této nemoci o moc víc poznatků. Alzheimer přesně popsal stav své pacientky, jak vypadá, jak myslí. Ke zprávě přiložil i fotografie dementní ženy. Do spisu napsal - jmenuje se Augusta a to je jediné slovo, na které reaguje. Má dojem, že je rok 1800, žije hluboko v minulosti. A když Augusta dostane papír je schopna napsat pouze slovo paní. Většinu času byla mimo a občas vydávala zvířecí zvuky, ubývala na váze a nepomáhaly jí žádné tehdy známé prostředky. Při Augustině pitvě Alzheimer objevil podivný povlak na mozku – nahromaděné celistvé látky na mozkové kůře. Odhadoval, že to bylo způsobeno zauzlením nervových vláken a hned o tom informoval na kongresu. Z jeho závěrů se vychází dodnes⁵².

Alzheimer Alois 1864–1915 byl německý neurolog. Zabýval se zejména neurohistologií a byl mimořádně pečlivým laboratorním praktikem. Proslavil se studiem patologie nervového systému. Studoval alkoholické delirium, schizofrenii, epilepsii a syfilitické encefalitidy. Popsal arteriosklerotickou atrofii mozku a později presenilní demenci. Spolupracoval s E. Kraepelinem, který označil nemoc jeho jménem. A v roce 1912 byl Alzheimer jmenován profesorem neurologie a psychiatrie ve Vratislavi.⁵³

Alzheimerova choroba se vyskytuje ve dvou formách:

1. Familiární – vrozená forma choroby je velmi vzácná. Podle některých vědců má za následek 5% podle jiných 1% případů Alzheimerovy choroby. Tato forma postihuje člověka obvykle po padesátém roce života.
2. Sporadická – občasná forma choroby má na svědomí 80% všech případů. Jedná se o typické onemocnění vyššího věku⁵⁴.

⁵¹ Kašpárková, Nepřítel číslo jedna: Alzheimer, Týden 2002, č. 12, str. 84-88

⁵² Kašpárková, Nepřítel číslo jedna: Alzheimer, Týden 2002, č. 12, str. 84-88

⁵³ Lékařský slovník [online] [cit. 30.3.2012] Dostupné z: <http://lekarske.slovniky.cz/pojem/alzheimer-alois>

⁵⁴ Holmerová, J. Jarolímová, Nováková, Alzheimerova choroba v rodině, Praha 2004: Pfiizer .str. 8



3.1 Příznaky Alzheimerovy choroby

ACH se zjišťuje složitě, protože postihuje každého člověka jiným způsobem, ale hlavně se může zaměnit s jiným onemocněním. Určit to může pouze odborné vyšetření. Výpadky paměti a kognitivní potíže nemusí být vždy příznaky Alzheimerovy choroby.

Projevy Alzheimerovy choroby jsou ovlivněny, také tím, v jaké byl pacient kondici, jakou měl osobnost, zájmy a životní styl. Pokud se u někoho projeví poruchy paměti, bezcílné bloumání a má potíže zvládnout fyzické úkony, každého ho hned napadne, že jde o příznaky Alzheimerovy choroby, ale nemusí to být nutně tyto změny, protože první varovné signály se často nemocný pokouší zakrýt změnou chování.⁵⁵

Zakrývání demence může vypadat následovně - Člověk s demencí začne větu, ale v její polovině už zapomene, co chtěl říci. Ale když je vyzván, aby větu dokončil, odvede pozornost jinam. Někdy se ho blízcí zeptají, proč už nečte, nebo neluští křížovky, které měl tak rád a bavily ho, tak se vymluví, že má horší zrak nebo rozbité brýle. Také se stává, že si dál kupuje noviny a zdánlivě to vypadá, že čte, ale když ho blízcí zeptají, co v nich je nedokáže jim odpovědět, protože už nerozumí jejich obsahu. Zapomene, kdy si bral léky, co měl k jídlu, kde včera byl. Ale o to důrazněji trvá na tom, že si vše dobře pamatuje. Dokáže dobře své okolí mást naučenými a úhybnými frázemi.⁵⁶

První signály onemocnění podle příručky o Alzheimerově nemoci:

- Zhoršení paměti, projevujícím zapomínáním zcela nedávných událostí
- Další zhoršování paměti, projevující se neschopností vybavit si data nebo najít známou cestu domů.
- Stále obtížnější rozhodování
- Pokles zájmu o své zaměstnání a koníčky.⁵⁷

Deset varovných příznaků podle ČASL⁵⁸, které jsou obsaženy v brožurce Dopisy České alzheimerovské společnosti č. 9:

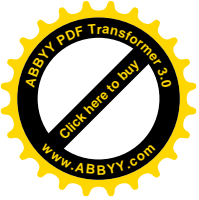
1. Ztráta paměti, která ovlivňuje schopnost plnit běžné pracovní úkoly – u zdravých lidí je občasné zapomínání normální, zapomenou kam dali klíče, že měli poradu, ale

⁵⁵ Regnault, M., Alzheimerova choroba. Praha 2011

⁵⁶ Hajdovská Tlustá Kateřina [online] c2006[cit. 5.4.2012] dostupné z: <http://haj-tl.wz.cz>

⁵⁷ Holmerová, J., Jarolímová, Nováková, Alzheimerova choroba v rodině, Praha 2004: Pfiže, str. 11

⁵⁸ Česká alzheimerovská společnost (ČALS) vznikla v roce 1996. Podstatná je spolupráce s dalšími zařízeními, která poskytují kvalitní služby pro lidi s demencí v celé ČR.



později si vzpomenou, lidé, kteří trpí Alzheimerovou chorobou si, zapomínají více a nevzpomenou si ani později.

2. Problémy s vykonáváním běžných činností – lidé, kteří trpí Alzheimerovou chorobou, si nejen zapomenou snít jídlo, ale také zapomenou, že si ho vůbec připravili.
3. Problémy s řečí – lidé, kteří trpí Alzheimerovou chorobou, zapomínají jednoduchá slova a nahrazují je nevhodným výrazem, který se do věty nehodí.
4. Časová a místní dezorientace – lidé, kteří trpí Alzheimerovou chorobou, se ztratí i ve své ulici a neví, kde jsou, nepoznávají to tam a neví jak, se dostanou domů.
5. Špatný nebo zhoršující se racionální úsudek – lidé, kteří trpí Alzheimerovou chorobou, zapomenou, například, že mají nějaké děti a považují je za své rodiče. Nebo si nesmyslně mohou obléknout několik halenek najednou.
6. Problémy s abstraktním myšlením – lidé, kteří trpí Alzheimerovou chorobou, zapomenou co znamenají čísla např. na šekové knížce a co s nimi má dělat.
7. Zakládání věcí na nesprávné místo – každý občas někde založí peněženku, ale lidé, kteří trpí Alzheimerovou chorobou, dávají věci na nesmyslná místa, hodinky do cukřenky, žehličku do ledničky.
8. Změny v náladě nebo chování – lidé, kteří trpí Alzheimerovou chorobou, podléhají velkým změnám nálad. Nečekaně a náhle propuknou v pláč, v návaly hněvu, i když k tomu nemají žádný patrný důvod.
9. Změny osobnosti – lidem, kteří trpí Alzheimerovou chorobou, se může zásadně změnit povaha. Stávají se někdy podezřívavými, zmatenými a ustrašenými.
10. Ztráta iniciativy – lidé, kteří trpí Alzheimerovou chorobou, můžou propadnout naprosté pasivitě a potřebují neustále podměty, aby se do něčeho zapojili.⁵⁹

Lidé postižení Alzheimerovou chorobou se obvykle nezmění úplně. Spokojení lidé obvykle

⁵⁹ Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/>



zůstanou spokojenými a nešťastný nešťastnými. Ale většina však zůstává někde mezi tím. Lidé a demencí mohou být jednu chvíli šťastní a druhou smutní stejně tak jako lidé bez demence. Základní nálada zůstává v podstatě stejná, jako byla dřív. Ale jisté osobnostní rysy mohou být zvýrazněny. Ten kdo je trvale nedůvěřivý, může stát posobnosti se mohou podezíravý a milý a ohleduplný člověk může být milejší a ohleduplnější. Jako by charakteristické vlastnosti člověka před demencí zintensivněly. To, ale nemusí platit pro všechny případy. Některé osobnosti se mohou změnit úplně. Despota se může stát laskavým člověkem. Opak je také možný příjemný a pohodový člověk se může změnit v despota, který tyranizuje všechny kolem.⁶⁰

3.2 Stadia Alzheimerovy choroby

Členění na jednotlivá stadia je pouze určitým schématem, pomůckou usnadňující orientaci v průběhu nemoci. Jsou tam uvedeny příznaky, které jsou typické, ale také se mohou vyskytnout i za jiných okolností⁶¹.

První stadium- mírná, lehká demence

V tomto stadiu je nemocný soběstačný, může žít samostatně, ale potřebuje určité návody, cedulky, připomenutí návštěvy lékaře. Protože se objevují poruchy krátkodobé paměti, časové a místní orientace, nemocný se může i ztratit na jemu známých místech. Má potíže s novými situacemi a podněty. Objevují se poruchy nálad jako deprese, apatie nebo agrese. Má problém s vyjadřováním, těžko hledá slova. Také se může objevit nezájem o koníčky a zájmy, které měl dříve rád.

Druhé stadium – středně těžká demence

Toto stadium je nejdelší může trvat dva až deset let charakterizuje ho trvalý dohled na nemocného, návody a připomenutí již nepomáhají. Není již schopen vykonávat samostatně běžné činnosti jako vaření, uklízení, nakupování. Potřebuje také dopomoc při sebeobsluze s osobní hygienou, mytím a oblékáním. Objevuje se porucha i dlouhodobé paměti, často neví, kde žije, jaký je rok, nepoznává nebo mezi sebou zaměňuje své nejbližší příbuzné, má potíže

⁶⁰ Buijssen,H., Demence, Praha: 2006, str.47

⁶¹ Holmerová, I.,Jarolímová, Na pomoc pečujícím,Novartis, str.61



se orientovat nejen venku, ale i ve svém bytě. V tomto stadiu má velký význam aktivizace nemocného Alzheimerovou chorobou.

Třetí stadium – těžká demence

V tomto stadiu se již nemocný nedokáže podílet na aktivitách. Nemocný již není soběstačný a potřebuje celodenní dohled, je zcela závislý na pečovateli. Již není schopen se vyjádřit, nechápe jednoduché slova a gesta. Nepoznává své příbuzné, ale ani sám sebe v zrcadle. Mohou se objevovat polykací potíže a podvýživa⁶².

3.3 Léčba Alzheimerovy choroby

Dosud neexistuje léčba, která by Alzheimerovu chorobu vyléčila nebo alespoň zastavila. V prvních fázích je možnost významným způsobem nemoc zpomalit. Existují léky, které pomohou zpomalit degenerativní změny a zlepši tak kvalitu života. Kromě farmakologické léčby by měly být součástí také moderní nefarmakologické terapie.

Farmakologická léčba

Léky nové generace na Alzheimerovu chorobu patří do skupiny blokátorů acetylcholinesterázy. Acetylcholin je jeden z nejdůležitější přenašeč nervových vzruchů.

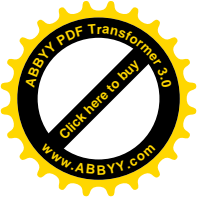
Po ukončení přenesení informace je ve zdravém mozku acetylcholin rozštěpen enzymem acetylcholinesterázou, kvůli jeho přebytku. V mozku nemocném Alzheimerovou chorobou vznikají škodlivé bílkoviny, které ničí nervové buňky a následně klesá množství acetylcholinu. Blokadí acetylcholinesterázy nedojde k jeho takovému úbytku a postup onemocnění se zpomalí.⁶³

Nefarmakologická léčba

Nejdůležitější je neustálá aktivizace a stimulace pacienta. Rehabilitační programy pro pacienty jsou zaměřeny na kognitivní funkce a reedukace základních aktivit běžného života. Reedukace může probíhat i za pomoci počítačových programů, které jsou k tomu vytvořeny.

⁶² Holmerová, Jerolímová, Suchá, Péče O Pacienty S Kognitivní Poruchou, Praha:EV public relations,2007, str.35

⁶³ Bartoš,A.,Hasalíková. M.,Poznejte demenci správně a včas - příručka pro klinickou praxi. Mladá fronta, str. 82



Laskavý přístup může snížit pacientovu hladinu úzkosti, která je zvýšená ze strachu ze selhání a z nejistoty. Toto snížení úzkosti a napětí může zvýšit výkonnost pacienta, zlepšit jeho výkon v paměťových funkcích a koncentraci. Pocit podpory a jistoty je pro nemocné Alzheimerovou chorobou velmi důležitý.⁶⁴

Moderní nefarmakologické postupy jsou velmi důležité pro správný přístup k nemocnému a pro zachování kvality života jak nemocného tak i pečujícího.⁶⁵ Jsou to například: aktivizační terapie, validace, ergoterapie, kognitivní terapie, kognitivní trénink, reminiscenční terapie.

Aktivizační terapie

Aktivita jsou běžné věci, které vykonáváme, posilují lidskou důstojnost, sebeuvědomění. Správně zvolená aktivita by měla podporovat silné stránky pacienta, probíhat ve známém a bezpečném prostředí, klást důraz spíše na průběh než na výsledek a hlavně by měla být upravená tak, aby se dala rozdělit na jednoduché dílčí úkoly. Při výběru aktivit je dobré si uvědomit, že postižený Alzheimerovou chorobou je především limitován úbytkem paměťových schopností a proto nemusí dané činnosti porozumět. Vybírat se proto musí prvky jednodušší, ne však naivně dětské, ale spíše smysluplné, protože se zároveň musí brát v potaz věk pacienta a přirozená úcta.⁶⁶

Validace

Tato terapie je jednou z prvních osobitých přístupů k pacientům postiženým demencí. Velkou pozornost získala již 80. letech minulého století a stále je považována za přínosnou a užitečnou v práci s pacienty postiženými demencí. Tato terapie klade důraz na zachování a posílení lidské důstojnosti pacienta, prostřednictvím pozorného naslouchání a empatií. Základním východiskem validace je přijetí tématu pacienta a postupná práce s ním⁶⁷.

Ergoterapie

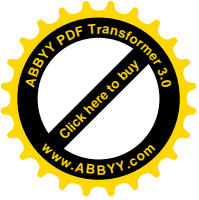
Znamená zejména pro pacienty s demencí posilování soběstačnosti a vede ho k sebeobslužným činnostem. V rámci terapie se s klientem provádí cílené praktické činnosti a postupy, podle zjištěného postižení, které zvyšují sílu a koordinaci. Dále se provádí nácvik každodenních činností. To znamená nácvik soběstačnosti v nemocničním, ambulantním i

⁶⁴ Rössner, P. Alzheimerova choroba-diagnostika a léčba. Neurologie pro praxi 1/2004[online]c.2004, str.11[cit.11.11.2011] dostupné z: <http://www.neurologiepropraxi.cz/>

⁶⁵ Holmerová, J., Jarolímová, Nováková, Alzheimerova choroba v rodině, Praha 2004: Pfiizer

⁶⁶ Holmerová, Jerolímová, Suchá, Péče O Pacienty S Kognitivní Poruchou, Praha: EV public relations, 2007, str. 117

⁶⁷ Holmerová, Jerolímová, Suchá, Péče O Pacienty S Kognitivní Poruchou, Praha: EV public relations, 2007, str. 117



domácím prostředí výcvik kognitivních funkcí a komunikačních schopností. Ergoterapeut také navrhuje technické a kompenzační pomůcky a učí klienty nebo rodinné příslušníky tyto pomůcky používat a také poskytuje poradenství v otázkách adaptace a úprav domácího prostředí⁶⁸.

Kognitivní terapie – trénink paměti

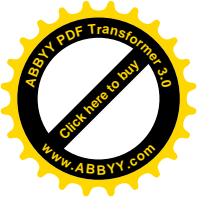
Jedním ze způsobů jak pomoci tomu, aby paměť dobře fungovala, je paměť cvičit. Cvičení, trénink a disciplína. Všechny tři spojuje jeden cíl. Cvičením se běžně rozumí tělesné cvičení. Ale v tomto pojetí se jedná o cvičení intelektuálních činností – např. procvičování postupů statistických konstrukcí nebo cvičení znalosti cizího jazyka. Cílem je dosáhnout větší úrovně v dovednostech. Trénovat je možné pozornost, rychlost a přesnost vnímání, správnost úsudku, zapamatování bezsmyslých tak smysluplných slov, básní nebo skladeb. Kázeň Hartl a Hartlová definují jako prostředek k dosažení stanovených norem chování⁶⁹.

Reminiscenční terapie

Metoda využívá vzpomínek a jejich vybavováním prostřednictvím různých podnětů. Je vhodná i pro zdravé seniory, kde má aktivizační a preventivní význam, ale zejména je důležitá pro pacienty s demencí, kteří trpí poruchou krátkodobé paměti, ale velmi dobře si vybavují vzpomínky z minulosti.

⁶⁸ Holmerová, Jerolímová, Suchá, Péče O Pacienty S Kognitivní Poruchou, Praha:EV public relations,2007, str.181

⁶⁹ Preiss, Křivohlavý, Trénování paměti, str. 27



4. Domácí péče o nemocné ACH

Posláním domácí péče je zajistit péči ve vlastním sociálním prostředí klienta. Je to péče, ve které je obsažena zdravotní, sociální a laická péče. Tato vysoce kvalifikovaná a odborná péče, díky svému rozsahu a kvalitě umožňuje zkrátit pobyt klientů v lůžkových zdravotnických zařízeních na dobu nezbytně nutnou. Domácí péče má příznivý vliv na psychickou pohodu klienta, která je ovlivněna prostředím. Nezastupitelné pozitivum této péče je, že klient a jeho blízcí jsou členy týmu se společným cílem. A je určena lidem, kteří jsou v situaci, kdy došlo ke změně zdravotního stavu. Každý člověk chce být co nejdéle ve svém známém prostředí. Pro člověka, který je těžce nemocný a pomalu ztrácí svoje síly je nejideálnější, když mu jeho nejbližší umožní prožít zbytek života doma.⁷⁰

Na začátku péče se snažíme, aby si nemocný co nejdéle zachoval soběstačnost a co nejdelší pocit samostatnosti, důstojnosti, seberealizace a životní smysl. Jde o dospělého člověka, který se pouze někdy chová jako dítě. Nemocnému jen pomáháme, vykonávat činnost, aby ji zvládal co nejdéle sám. Jen tak mu pomůžeme zachovat určitý stupeň soběstačnosti⁷¹. Neobouváme, ale podáme jenom boty, neoblékáme je, jenom jim podáme oblečení. Je dobré tuto podpůrnou péči nenahrazovat, pokud to není nutné.

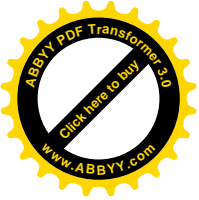
Přizpůsobit bydlení pro nemocného je nevyhnutelné. Je dobré rozmístit po bytě více hodin kvůli dezorientaci v čase. Nemocný člověk může mít strach ze tmy nebo z přepadení, proto necháváme i v noci svítit např. v chodbě a zamykáme dveře, aby se cítil v bezpečí. Je důležité odstranit zbytečné překážky v bytě a volně ležící koberce, na kterých by nemocný mohl uklouznout a nechat nemocnému v jeho blízkosti oblíbené předměty jako fotografie, knihy, obrázky.⁷²

Pokusit se zavést do života nemocného pravidelný režim. Dodržovat léčebný plán. Dohlédnout na přiměřený příjem potravy a tekutin a zajistit kvalitní jídlo. Jestliže již není nemocný schopen připravovat jídlo s pomocí, tak se může alespoň podílet na přípravě jídelničky, prostírání nebo uklízení ze stolu. V jídle je důležitá pestrost, vyváženost, lehká stravitelnost, ale také aby bylo jídlo chutné. Jestliže nemocný musí již být krměn, je důležitá vstřícnost a dostatek času, aby ho jídlo neznepokojovalo a také myslet na to, že nemocný

⁷⁰ Holmerová, Jerolímová, Suchá, Péče O Pacienty S Kognitivní Poruchou, Praha:EV public relations,2007, str.35

⁷¹ Holmerová ,I.Jarolímová, Nováková,Alzheimerova choroba v rodině,Praha 2004:Pfizer

⁷² Holmerová ,I.Jarolímová, Nováková,Alzheimerova choroba v rodině,Praha 2004:Pfizer



nemusí být schopen rozlišovat horké a studené. Je také nutné dodržování pitného režimu.⁷³

Komunikace s nemocným. Je nutné komunikovat tak, že věty formulujeme zřetelně a jednoduše. Ale nemělo by se s ním mluvit jako s dítětem, mohlo by ho zraňovat. Je důležité si uvědomit, že je to dospělý člověk s demencí a je třeba jednat s důstojností. Nemocný by se měl oslovovat jménem, které se mu líbí. Dát mu čas, aby vše pochopil, nejlépe je komunikovat s gesty a mimikou.⁷⁴

K Alzheimerově chorobě patří také změny nálad a agrese u nemocného. Toto chování bývá náročné pro obě strany. Tyto projevy si nemohou pečovatelé vztahovat ke své osobě, spíše se musí snažit poznat důvod, který to vyvolal. Jako např. z čeho má strach, čemu nerozumí, jaká potřeba není uspokojena. Neklid může vyvolat hlad, žízeň nebo také pomočení. I když je to velice složité, tak je potřeba v této situaci zachovat klid, získat nadhled a nejlépe odvést pozornost jinam. Velkou chybou pečovatele je opětování agrese, zvýšeným hlasem, peskováním.

4.1 Role pečujícího

Alzheimerova choroba trvá v průměru asi sedm let. Tato nemoc se netýká jenom postiženého člověka, ale ovlivňuje také ty kolem něho, dokonce víc než jeho samotného. Je to nemoc, která nejbližším převrací život vzhůru nohama. Pečovatelé se od sebe mohou lišit, ale všichni zápasí se stejnými problémy, obavami a emocemi⁷⁵.

Všichni členové z rodiny se musí vyrovnat s bolestí, loučit se s někým koho mají rádi. Pomalu ho ztrácejí i přesto, že ještě žije. Během pomalého a dlouhého procesu se s tím musí smířit a při tom prožívají všechny emoce, které doprovází truchlení: neochotu uvěřit, popření, vzpouru, zármutek, stud, hněv, osamělost, vinu, bezmoc. Pocit truchlení je o to obtížnější, protože zde chybí přesné hranice okamžiku ztráty. Kromě pomalé ztráty milovaného člověka je tu také ztráta svobody pečovatele. Už nemůže žít svůj vlastní život, protože pacientova nemoc se plně zmocňuje i pečovatele a to jak fyzicky tak i mentálně.⁷⁶

⁷³ Holmerová ,I.Jarolímová, Nováková, Alzheimerova choroba v rodině, Praha 2004: Pfizer

⁷⁴ Holmerová, Jerolímová, Suchá, Péče O Pacienty S Kognitivní Poruchou, Praha: EV public relations, 2007, str.

⁷⁵ Buijssen, H., Demence, Praha: 2006 str. 111

⁷⁶ Buijssen, H., Demence, Praha: 2006 str. 111



Jen málo lidí může převzít zodpovědnost a úkoly, které souvisejí s péčí o staré lidi.⁷⁷ Pro rodinu je tato situace nová a neznámá a je velice důležité nasbírat co nejvíce informací, jak o nemocného pečovat, jak s ním komunikovat, jak zvládat stresové situace, které s péčí souvisí.⁷⁸

Kde je nedostatek pochopení, tam je i nedostatek ocenění. Mnozí pečovatelé, kteří se starají o nemocného několik let, si všímají, že jejich snaha byla oceňována pouze na začátku, ale později již ne. Jakoby to už každý pokládal za samozřejmost.⁷⁹ Někteří pečovatelé kolísají mezi touhou starat se o pacienta a být zde pro něho a přáním moci žít svůj život, pěstovat koníčky, vzdělávat se, chodit do zaměstnání nebo navštěvovat své přátele.

U pečujících často dochází k pocitu vyhoření. Syndrom vyhoření (burn-out syndrom) se vyznačuje přetížením, vyčerpáním organismu a psychického selhání, v rámci pečujících profesí. Dochází ke ztrátě motivace, objevují se známky vyčerpání, zdravotní problémy-(bušení srdce, kolísání tlaku, zažívací obtíže) a funkční obtíže. Lidé postižení syndromem vyhoření se stávají konfliktní, hledají viníka svého neúspěchu. Objevuje se hrubé a nevhodné zacházení a následuje pocit viny, které syndrom jenom posilují.⁸⁰ Pečující se do péče vrhne s velkým nadšením, kdy svoje poslání požaduje za jediný smysl života a často neodhadne svoje síly. Potom přichází stagnace, začíná s lítostí nad sebou a svým nespravedlivým osudem, nad ztrátou svých zájmů. Prvotní nadšení se začíná vytrácet a začíná se ptát sám sebe, zda do toho měl jít. Přichází další fáze frustrace, zde se objevují potíže v osobním životě pečujícího, péči považuje za nutnost a nadšení úplně vyprchalo. A přichází apatie, problémy narůstají a pečující už není schopný je řešit. Nastává situace, kdy se pečující může zhroutit nebo danou situaci rozseknout. Psychoterapeutická podpora s možností probírat především vztahové problémy, pomoc s pečováním a přiměřené uznání jsou řešením i prevencí syndromu vyhoření.⁸¹

4.2 I pečující potřebuje podporu

Demence trvá v průměru asi sedm let. Tato nemoc se netýká jenom postiženého člověka, ale ovlivňuje také ty kolem něho, dokonce víc než jeho samotného. Je to nemoc, která nejbližším převrací život vzhůru nohama. Pečovatelé se od sebe mohou lišit, ale všichni zápasí se

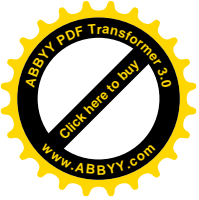
⁷⁷ Tošnerová, T., Příručka pro pečující

⁷⁸ Holmerová, Jerolímová, Suchá, Péče O Pacienty S Kognitivní Poruchou, Praha:EV public relations,2007

⁷⁹ Buijssen,H., Demence, Praha: 2006 str113

⁸⁰ Kalvach Zdeněk, Pečujeme doma, Brno, Moravskoslezský kruh

⁸¹ Kalvach Zdeněk, Pečujeme doma Brno, Moravskoslezský kruh



stejnými problémy, obavami a emocemi⁸².

Všichni členové z rodiny se musí vyrovnat s bolestí, loučit se s někým koho mají rádi. Pomalu ho ztrácejí i přesto, že ještě žije. Během pomalého a dlouhého procesu se s tím musí smířit a při tom prožívají všechny emoce, které doprovází truchlení: neochotu uvěřit, popření, vzpouru, zármutek, stud, hněv, osamělost, vinu, bezmoc. Pocit truchlení je o to obtížnější, protože zde chybí přesné hranice okamžiku ztráty. Kromě pomalé ztráty milovaného člověka je tu také ztráta svobody pečovatele. Už nemůže žít svůj vlastní život, protože pacientova nemoc se plně zmocňuje i pečovatele a to jak fyzicky tak i mentálně.⁸³

Starat se o člověka s Alzheimerovou chorobou mnoho práce o samotě a v izolaci. Pečující si své povinnosti osvojuje v průběhu péče, různé nástrahy a potíže objevuje, až se s nimi setká.⁸⁴ Existují důkazy, že péče o nemocného člověka demencí má obvykle za následek výrazně vyšší míru stresu, deprese a dalších zdravotních problémů pečujícího. Pokud zůstane pečovatel doma a nechodí do práce, pak dochází k omezení společenských kontaktů a narušení výkonu každodenních povinností spojených s vedením domácnosti spolu s mírou postižení nemocného jsou považovány za hlavní příčiny deprese. Také je zajímavé, že velké množství příbuzných a přátel dokáže zmírnit depresi u lidí trvale pečujících a naopak depresi zvyšuje u pečujících osob, kteří jsou zaměstnaní. Pečovatelé trpí depresí z různých důvodů, hloubka jejich deprese má také vliv na pomoc z vnějšího prostředí, kterou je ochoten přijmout. Prožívání negativních emocí je u pečovatelů ovlivněno často pomocí nebo naopak její nedostupností, finanční zajištěností a zvládnutím zátěže.⁸⁵

Jsou vesměs vystaveni velké psychické a fyzické zátěži. Proto se celosvětově rozvíjí snaha cílevědomě věnovat pozornost jejich psychickému i tělesnému zdraví. Motivace je zcela jasná – postarat se dobře o pečující osoby, aby se oni mohli starat dobře o pacienty.⁸⁶ Podpora pečujících zahrnuje také jejich tělesné zdraví. Jde zejména o preventivní lékařské prohlídky, rekondiční programy, zvyšování tělesné kondice s ohledem na běžnou nutnost zvedat nemocné, nosit těžké nákupy.⁸⁷

Čím lépe se budou pečovatelé starat o své potřeby, tím lépe bude moci pečovat. Když budou uvolnění odpočatí, budou umět vytvářet uvolněnou atmosféru, kterou pacient potřebuje⁸⁸.

⁸² Buijssen,H., Demence, Praha: 2006 str.111

⁸³ Buijssen,H., Demence, Praha: 2006 str, 111

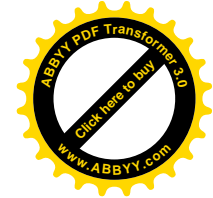
⁸⁴ Regnault Mathilde, Alzheimerova Choroba

⁸⁵ Stuart-Hamilton,I.,Psychologie stárnutí, 1.vyd.Praha:Portál, 1999,221-222

⁸⁶ Kalvach Zdeněk, Pečujeme doma , Brno, Moravskoslezský kruh

⁸⁷ Kalvach Zdeněk, Pečujeme doma, Brno, Moravskoslezský kruh

⁸⁸ Buijssen,H., Demence, Praha: 2006,str.116



Několik typů: Jak pečovat o nemocného a sám „nevyhořet“

Pokuste se navyknout svého blízkého s demencí na to, že v péči bude střídat více lidí, tak zabráníte, že si bude myslet, že jste jediný člověk, co mu může pomoci.

- Připravte ho, že organizace je nezbytná, ze začátku vás to bude stát mnoho energie, ale dlouhodobě však vaše úsilí ponese ovoce, pomůže vám, abyste nebyli izolováni od okolního světa.
- S péčí to nepřehánějte, pokud cítíte, že jste netrpělivý, když je váš pacient pomalý, raději odejděte z pokoje. Nenakládejte to na sebe, pokud si myslíte, že s něčím budou potíže.
- Udělejte si také čas sám pro sebe, abyste se zamyslel nad svými pocity, také je dobré, když si o tom můžete promluvit s důvěrným přítelem.
- Nepotlačujte své emoce jako je vina, stud a žárlivost zkuste se na ně dívat realisticky. Jestliže o svých pocitech nechcete mluvit, tak pomůžte, když je napíšete na papír. Také pomáhá negativní emoce obrátit v pozitivní činy, jít na procházku, uklidit, projížďka na kole apod.
- Pokuste se hned ze začátku mít pro sebe jednou za čtrnáct dní volné dopoledne a zajít si například nakupovat nebo se věnovat svému vlastnímu koníčku, pokud se budete snažit zavést až potom co budete plně vyčerpáni potřebami vašeho pacienta půjde to mnohem obtížněji.
- Dovolte si nejméně jednu radost denně, abyste se měli na co těšit. Například, že zatelefonujete vnukům, zahrajete si na klavír, přečte si časopis nebo knihu, uděláte něco na zahradě, nebo půjdete na procházku.
- Pokud se objeví problém, uvažujte, jak byste mohli získat pomoc. Nemusíte si myslet, že to musíte vyřešit sami, každý je jiný a každý situaci vnímá jinak. Co jeden prožívá, klidně může druhému jít na nervy. Nikdy se neobviňujte za emoce.
- Pamatujte, že každý dělá chyby a občas selže. Péče o nemocného s demencí je velice náročná a nikdo ji nemůže vykonávat celou dobu dokonale.
- Pamatujte, že nikdo neumí číst myšlenky, snažte se vyjádřit co nejpřesněji, co cítíte, co myslíte, uvědomte si, že mnoho lidí má o situaci nesprávnou představu. Uvažují podle toho, co vidí v dané okamžiku.
- Vaše vlastní potřeby a přání se mohou křížit s přáními a potřebami člověka, o kterého se staráte. Snažte se příliš neustupovat a nedělat ze sebe světce a mučedníka. Nejlepší



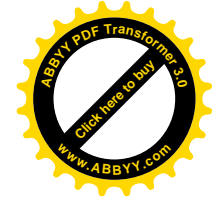
strategií pro vás oba je řídit se heslem „sdílej trápení rovnoměrně.“

- Vyhýbejte se izolaci, pokud nemůžete navštěvovat druhé lidi, tak je zvete k sobě. Vysvětlete jim, proč k nim jít nemůžete vy, nestarejte se, co si budou říkat o vás, nebo o vašem pacientovi.
- Neustále si stanovujte priority, dělejte si seznamy a snažte se jich držet. Dělejte věci, které se musí udělat ten den, a když vám zbude čas, můžete udělat i jiné věci, které nejsou tak naléhavé.
- Povídejte svým známým a přátelům, co o demenci víte. Řekněte jim, co dělá demence s pamětí, myslí a osobnosti člověka a jak mají během návštěvy s takovým člověkem komunikovat. Toto pomáhá zabránit nepříjemnostem, návštěvy získají lepší představu, jak přistupovat k vašemu pacientovi.
- Jak dosvědčuje mnoho pečovatелů, péče o druhého člověka, není jen litanie o námaze a utrpení. Je z ní také možné získat potěšení a uspokojení. Snažte se soustředit na pozitivní stránky péče. Mluvit o radostných pocitech je stejně důležité jako mluvit negativních pocitech. Pamatujte, že „sdílená radost je dvojnásobná radost.“
- Snažte se, abyste se moc netrápili kvůli tomu druhému. Vaše starosti a úzkost mu nepomohou, aby se cítil lépe.
- Neexistuje dokonalé řešení problému, každý problém má obvykle několik možných řešení problému. Napište si možná řešení na papír, vyberte z nich dvě nebo tři, která jsou podle vás nejvhodnější a napište si k nim pro a proti. Tak dospějete ke konečnému rozhodnutí a uvidíte, že ve většině případů existuje vhodné řešení.
- Pravidelně si čtete tyto rady, ale nesnažte se je do praxe uvádět najednou. Pokaždé si vyberte jednu a podle ní se zkuste řídit.⁸⁹

Pečující osoby mívají velmi smíšené pocity ohledně pomoci sociálních pracovníků. Vnímají to jako živý důkaz své vlastní neschopnosti vypořádat se situací. Smíšené pocity pramení z toho, že na jedné straně dobře vědí, že potřebují pomoc, ale na druhé straně dávají přednost tomu, že budou dělat to co je třeba sami.⁹⁰

⁸⁹ Buijssen,H., Demence, Praha: 2006, str.116-119

⁹⁰ Buijssen,H., Demence, Praha: 2006, str.115



4.3 Institucionální péče o člověka s Alzheimerovou chorobou

Dlouhodobá schopnost pečovat doma o nemocného v pokročilé fázi demence vyžaduje zvláště silně podporu dalších lidí (součinnost celé rodiny) a institucí. Hlavní pečovatel musí mít přiměřenou možnost odpočinku, tělesné a zvláště psychické regenerace a psychologické podpory!⁹¹

Respitní péče – je to komunitní služba, která podporuje pečující rodiny nejen poradensky, ale také přebíráním péče ve dnech nebo týdnech, kdy laický pečovatel potřebuje čas na vlastní léčení nebo vyřazení jiných neodkladných záležitostí.⁹²

Pečovatelská péče „osobní asistence“ – jsou to především terénní služby, které poskytují pomoc v domácnostech osob se sníženou soběstačností. Pečovatelka dochází ke klientovi v předem dohodnutý čas a provádí dohodnuté úkoly. Osobní asistence poskytuje navíc vzdělávací a aktivizační činnosti a osobní asistence je časově neomezena tzn. 24 hodin denně⁹³.

Odlehčující služby - jsou to především pobytové služby, které se poskytují osobám se sníženou soběstačností, o které je jinak pečováno doma. Cílem této služby je, aby umožnili osobám, které pečují o svého blízkého, nezbytný odpočinek, ale také zajistit péči v době, kdy jsou pečující nemocní nebo mají před sebou operační zákrok či lázeňský pobyt. Maximální délka pobytu klienta jsou tři měsíce a je zde poskytována 24 hodinová péče.⁹⁴

Centra denních služeb, denní stacionáře – tato centra poskytují ambulantní služby v rozsahu zhruba stejném jako pečovatelské služby. Centra jsou v provozu v době, kdy pečující odchází do zaměstnání. Tato forma péče je vhodná ještě před vážným zhoršením Alzheimerovy choroby, kdy nemocní potřebují sociální kontakty a aktivizaci.⁹⁵

Domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem – jsou to pobytová zařízení, určená pro trvalé umístění klienta, který potřebuje trvalé sledování a intenzivní péči. Je zde kromě 24 hodinové sociální péče také zajištěna zdravotní péče. Domovy se zvláštním režimem jsou

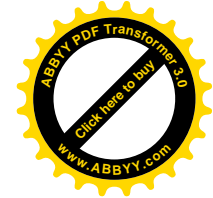
⁹¹ Kalvach Zdeněk, Pečujeme doma, Brno, Moravskoslezský kruh str. 55

⁹² Kalvach Zdeněk, Pečujeme doma, Brno, Moravskoslezský kruh, str.55

⁹³ Dušková, K., Hasalíková, M, Sociální aspekty péče o nemocného, Praha 2009

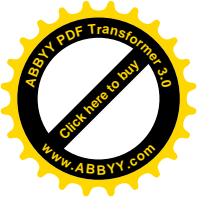
⁹⁴ tamtéž

⁹⁵ tamtéž



přizpůsobeny specifickým potřebám osob s Alzheimerovou chorobou a ostatními typy demencí. Jako přizpůsobený denní režim, prostory v zařízení, proškolený personál a jeho specifický přístup ke klientovi⁹⁶.

⁹⁶Dušková, K., Hasalíková, M, Sociální aspekty péče o nemocného, Praha 2009



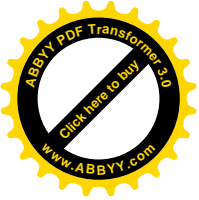
4.4 Životní zkušenost

Na tom to příběhu pečující, která nyní také onemocněla Alzheimerovou chorobou, jsem chtěla ukázat jak, se může lišit názor jednoho člověka na stejnou nemoc z pohledu pečujícího a později jako nemocného. Je zde vyjádřen subjektivní a nezkreslený názor paní, která přesně ví co, obnáší péče o člověka s Alzheimerovou chorobou, a proto chce svou rodinu od toho ušetřit.

Narodila jsem se jako poslední čtvrté dítě, pět měsíců po otcově smrti. Moje maminka nás vychovávala sama, jak nejlépe dovedla. A muselo to pro ni být hodně těžké, protože chodila do dvou prací, aby nás uživila a aby nám dala vzdělání. Bratr zůstal doma, já jsem se vdala do nedaleké vesnice a obě sestry odešly do krajského města.

Když bylo mamince asi sedmdesát osm let, začala zapomínat. Každou neděli pekla koláče. Pak se ale stávalo, že jsme přijeli v týdnu na návštěvu a ona měla zadělané na koláče a tvrdila nám, že je neděle. Nebo roznášela po sousedech různé věci a potom tvrdila, že u ní v noci byli zloději. Zpočátku jsme k tomu nepřikládali důležitost. Bratr s jeho manželkou si mysleli, že dělá pouze naschvály. Ten kdo ji neznal blíže, si výkyvů v chování nevšiml vůbec. Když se to opakovalo stále častěji, tak sestra, která byla doktorka, sehnala mamince vyšetření. Já spolu s mým manželem jsme se rozhodli o ni postarat. Vůbec jsem si nedovedla představit, že bych ji měla umístit do nějakého ústavu a také jsem jí chtěla oplatit to, co ona udělala pro nás děti, když na nás zůstala sama. Bylo to na začátku devadesátých let minulého století. V té době nebyly téměř žádné informace o Alzheimerově chorobě a tak jsem byla své sestře velmi vděčná za každou novou zprávu, jak jednat s těmito pacienty.

Ze začátku jsme jezdili maminku kontrolovat pětkrát týdně. Později jsme museli jezdit dvakrát denně – ráno a večer, ale ani to nestačilo. Vždy jsme ji dali večeři, umyli, uložili do postele a počkali, až usne. Teprve potom jsme odjeli. Maminka ale častokrát uprostřed noci vstala a chodila po venku. Stalo se i to, že chodila v mrazu skoro nahá. Proto jsme maminku nastěhovali k sobě domů. Manžel chodil do práce pouze na odpolední směny a já zase na ranní, abychom se o ni mohli doma střídavě starat. Nastěhovali jsme mamince postel do kuchyně. Jedině tam bylo pro ni volné místo. V noci ale roztočila kohoutky od vody a vytopila celou kuchyni. Seděla na posteli a plula na lodičce. Museli jsme kuchyni přestěhovat a z původní jsme jí udělali pokoj. Pak následovalo to, že jsme museli začít zamykat i pokoj, kde maminka spala, protože v noci chodila po domě a močila, kde ji zrovna napadlo. Když zjistila, že se nedostane z pokoje ven, tak tloukla na dveře a já jsem k ní vstávala klidně i sedmnáctkrát za noc. V té době nebyly ještě tolik dostupné inkontinenční



pleny. Řešila jsem to tak, že jsem používala rozstříhané ložní prádlo, které jsem potom prala, protože jsem ho neměla dostatek.

Vytírala jsem podlahu dvakrát až třikrát denně dezinfekcí, protože se často stávalo, že si maminka pleny vyndala. O maminku jsem se starala spolu se svým manželem osm let. Během těch let jsme byli dvakrát na dovolené. V té době maminku hlídala naše dcera. Mí sourozenci se distancovali od jakékoli péče. Setry udávaly nedostatek času a bratr přestal komunikovat úplně. Psychicky to bylo pro mě velice náročné. Ale i když už nás maminka nepoznávala a neuměla nás pojmenovat, věděla, že k ní patříme. Bývaly ale i úsměvné situace.

Můj organismus na tuto dlouholetou zátěž reagoval nekontrolovatelným hubnutím. Když maminka zemřela, byla jsem kost a kůže.

Nyní mám diagnostikovanou Alzheimerovu chorobu i já. Protože jsem měla o této nemoci hodně informací díky péči o mou maminku, nepodcenila jsem první příznaky této nemoci a šla ihned k doktorovi. Vlivem velkého stresu při povodních, kdy se nám vytopil celý dům, jsem se v noci budila a vůbec jsem nevěděla, kde jsem, co se stalo, že mám děti a vykládala jsem samé nesmysly. Stalo se mi to pouze jednou. Kdybych nad tím ale mávla rukou, nevím, jak bych na tom byla zdravotně teď. Čas nezastavím. Ale díky včasné diagnóze a užívání léků na tuto nemoc, mohu alespoň oddálit dobu, kdy na tom budu zdravotně tak, jako byla moje maminka ke konci života. Jelikož vím, co obnáší péče o dementního člověka, vyslovila jsem přání, abych byla v případě ztráty vnímání reality umístěna do nějakého ústavu, který je zaměřen na péči o pacienty s Alzheimerovou chorobou. Nechci být nikomu na obtíž. V té době už stejně vědět, co se mnou je.



5. Metodologie a organizace výzkumu

V této části práce popíšete cíl svého výzkumu a výzkumné podotázky, informace o technikách a metodách, kterými jsem kvalitativní výzkum prováděla.

5.1 Cíl výzkumu

Cílem tohoto výzkumu je zjistit s jakými zátěžemi se při péči o blízkou osobu setkávají pečující osoby a jak se tyto zátěže odrážejí na jejich zdraví a zda ovlivňují jejich osobní život. Poskytování péče je obtížné a vyčerpávající zejména pro fyzické a psychické zdraví pečovatele. Tito lidé velmi často ignorují své pocity a potřeby a upřednostňují péči o svého blízkého. Snaží se maximálně přizpůsobit svůj život potřebám nemocného a dostanou se tudíž lehce do sociální izolace.

Na základě výzkumného cíle jsem vytvořila hlavní otázku.

Jaký vliv mají různé typy zátěží a podpora v péči o člověka s Alzheimerovou chorobou na osobní zdraví pečovatele a jeho sociální izolovanost?

Tato hlavní otázka je formována do pěti výzkumných otázek, které mají další podotázky.

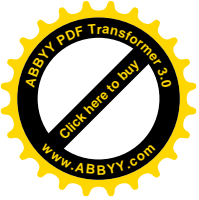
Jaký vliv má zátěž plynoucí z prostředí na způsob života pečujícího?

1. Proč jste se rozhodl pečovat o vašeho blízkého právě Vy, co Vás k tomu vedlo?
2. Jak dlouho již pečujete o nemocného a v jakém stadiu nemoci se nachází?
3. Musel jste upravit domácí prostředí, kde o nemocného pečujete?
4. Měl jste na již začátku dostatečné informace o potřebné péči? Myslím tím, informace o možných sociálních příspěvcích, zapůjčení kompenzačních pomůcek, a možnosti aktivizace nemocných.

Jaký vliv má podpora v péči na hospodaření s vlastním časem?

1. Umíte si říct o pomoc či podporu, když ji potřebujete?
2. Pomáhá Vám s péčí o nemocného rodina nebo známí?
3. Máte možnost zastoupení v péči na delší dobu? Můžete odjet na dovolenou nebo do lázní?
4. Využíváte pomoci i některých sociálních zařízení a institucí jako např. resipitní služby, pečovatelské služby, denní stacionář?

Jaký vliv má zátěž sociální na izolovanost od rodiny, přátel a společenského života?



1. Když jste se rozhodl pečovat o nemocného, musel jste odejít ze zaměstnání nebo péči stiháte při zaměstnání?
2. Kolik času denně trávíte péčí o nemocného?
3. Máte čas na své koníčky a zájmy?
4. Necítíte se izolování od rodiny, od přátel a známých?
5. Máte někoho, komu se můžete svěřit se svými problémy a kdo Vás chápe?

Jaký vliv má zátěž citová na pocity pečovatelů?

1. Máte pocit, že nemůžete sám hospodařit se svým časem? Chybí vám soukromí?
2. Měli jste někdy pocit otrávenosti z trvalé odpovědnosti?
3. Býváte sami často emočně podrážděni nebo rozladěni?
4. Míváte pocit bezmoci, beznaděje nebo osamění?
5. Kde čerpáte vnitřní sílu, která vám umožňuje pečovat o svého blízkého?
6. Děláte si malé radosti? Myslím tím, že si občas něco koupíte, nebo zajdete na dobrou večeři?

Jaký vliv má tělesná zátěž na zdravotní problémy pečovatelů?

1. Je pro Vás péče o vašeho blízkého fyzicky náročná – musíte ho zvedat, přemisťovat, polohovat nemocného?
2. Objevily se u Vás v době, kdy pečujete o nemocného, nějaké zdravotní problémy?
3. Cítíte se často unavení, bolívá Vás hlava nebo máte problémy se zažíváním?
4. Udržujete se ve fyzické kondici? Chodíte na procházky, pravidelně cvičíte nebo na to nemáte čas?
5. Staráte se o své zdraví tím, že chodíte na pravidelné preventivní prohlídky k lékaři?

5.3 Metoda výzkumu

Kvalitativní výzkum je proces porozumění, hledání, založen na zkoumání daného sociálního nebo lidského problému pomocí metodologických tradic. Jeho úloha je vyvinout nějakou teorii, ale pokaždé se musíme nějaké dostupné vycházet⁹⁷. Ve své práci vycházím z údajů v odborné literatuře určené pro domácí pečovatele.

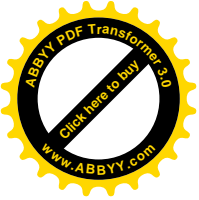
Přednost tohoto výzkumu je, že výzkumník získává podrobný popis, umožňuje mu zkoumat procesy, umožňuje navrhnout teorie. Naopak nevýhodou tohoto přístupu je, že získané informace nemusí být zobecnitelné. Sběr a analýza dat jsou časově náročné a výsledky jsou ovlivnitelné výzkumníkem.⁹⁸

5.4 Výzkumný vzorek

Výzkum byl zaměřen na cílovou skupinu laických pečovatelů a stanovila jsem ho na základě dostupného výběru. Pečující byli ve věku 39 – 76 let, jedna žena a dva muži. Jeden pečující

⁹⁷ Hendl J., Úvod do kvalitativního výzkumu. Praha: Karolinum. 1997.

⁹⁸ Skvaříček, R., Šedřová, K., Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách. Praha: Portál. 2007



pracuje a dva pobírají starobní důchod.

První laický pečující je pan Vladimír, je mu třicet devět let, a než se začal starat o svého dědečka, tak žil sám ve své garsonce, pracuje jako technik na vícesměnný provoz.

Druhý laický pečující je pan Slávek, je mu sedmdesát šest let, je důchodce a žije se svou manželkou v rodinném domku,

Třetí laický pečující je paní Pavla, je jí šedesát čtyři let, je v důchodě a nyní žije se svou sestrou v jejím bytě.

5.5 Metoda sběru dat

Pro účely své práce jsem zvolila polostrukturovaný rozhovor s rodinnými pečujícími. K rozhovoru jsem si připravila seznam pěti základních otázek, a tyto jsem doplnila o další podotázky, které jsem během rozhovoru mohla doplnit nebo rozšířit, abych dospěla k zajímavým informacím. Rozhovory probíhaly vždy individuálně, a to přímo v domácnosti u pečujícího. A dle časových možností pečujících osob, dva rozhovory probíhaly v odpoledních a jeden v dopoledních hodinách. Před začátkem rozhovoru jsem tyto osoby seznámila s cíli tohoto výzkumu a anonymitou výzkumu a požádala o souhlas si daná data zapisovat do předem připraveného poznámkového bloku.

5.6 Analýza dat

Hendl uvádí, že analýza dat probíhá většinou již během sběru dat.⁹⁹ Prováděla jsem obsahovou analýzu dat, už když jsem si přepisovala poznámky, označila jsem si podstatné informace, které vystihovaly odpověď na určitou otázku od jednoho pečujícího. Pak jsem tyto údaje porovnávala a vytvořila shrnutí.

Jaký vliv má zátěž plynoucí z prostředí na způsob života pečujícího?

První laický pečovatel vnuk: Pan Vladimír mně poskytl rozhovor, i když jeho dědeček právě

⁹⁹ Hendl J., Úvod do kvalitativního výzkumu. Praha: Karolinum. 1997



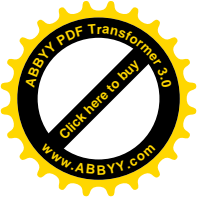
zemřel.

O dědečka jsem se začal starat, když byl v druhém stadiu nemoci a staral jsem se o něj rok a půl. A proč jsem rozhodl pečovat já, protože v postatě nikdo jiný nebyl, ale bylo to těžké se rozhodnout, protože vy v té chvíli nevíte, kde tomu nemocnému bude lépe. Musel jsem bezpodmínečně vyřešit bydlení, protože já jsem bydlel u rodičů a dědeček měl malý byt, který nebyl uzpůsobený na nemobilního člověka. Pronajal jsem tedy větší byt 3+1 v domě s výtahem, ale dědeček se s tím nemohl vyrovnat, domníval se, že jsem ho zradil a vytrhl z něčeho, kde to měl rád a kde byl zvyklý. Přemýšlel jsem i o nějakém domově, ale dědeček tam jít rozhodně nechtěl, protože v domově po měsíci a půl zemřela jeho manželka, moje babička. Informace o potřebné péči jsem měl pouze částečné. Něco jsem věděl a většinou to bylo tak, když jsem něco potřeboval tak jsem si to zjišťoval, jak se říká v běhu.

Druhý laický pečovatel pan Slávek:

Já jsem se nemusel vůbec rozhodovat, mně to přišlo, že je to automatické, jsme s manželkou 56 let a za ty roky jsme na sebe hodně zvykli, nedovedu si představit, že bych jí měl dát do domova, ale samozřejmě nevím, do kdy se budu o ni moc starat. Naši domácnost jsem musel upravit tak, že jsem musel zrušit ložnici, kterou jsme měli v patře, postele dát do obývacího pokoje, protože manželka již dvakrát v noci několikrát spadla ze schodů. Sice se to manželce moc nezdálo, protože v ložnici bylo více sluníčka, ale zvykla si. A informace nějaké mám, a když něco nevím, tak se zeptám doktorky z psychiatrie a naší paní pečovatelky, která je velice vstřícná a vždy mně poradí nebo i sama upozorní na něco, co je nového.

Paní Pavla: Starám se o svou starší sestru, jsem vdova, dcera už žije svůj život a sestra, která nemá svou vlastní rodinu se o mě vždy starala, tak teď jí to mohu alespoň vrátit. Sestra je v posledním stadiu Alzheimerovy choroby a já se o ni plně pečuji posledních pět let. Protože měla sestra velký byt, mohla jsem se za ní přistěhovat a byt přizpůsobit. Pořídili jsme polohovací lůžko, madla v koupelně i na záchodě. Nábytek se také musel přestěhovat, aby sestře nepřekážel v pohybu po bytě. Informace jsem o této nemoci sbírala, hned jak sestře tuto nemoc diagnostikovali. Byli jsme tam tenkrát spolu a ani jedna jsme neměly potuchy, co Alzheimerova choroba obnáší. Informace jsem získávala od lékařů, sociálních pracovníků i na Internetu.



Shrnutí

Zátěž plynoucí z prostředí popisuje Tošnerová takto: Je nutné zvolit místo pobytu nemocného, jestliže nemocný zůstane doma, může se ukázat jako nezbytné nainstalování kompenzačních pomůcek a provést některé zásadní změny v každodenních činnostech.

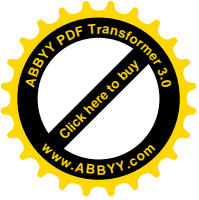
Všichni pečující se shodují na tom, že museli nějakým způsobem upravit domácnost tak, aby vyhovovala pobytu člověka s Alzheimerovou chorobou. Pan Vladimír i paní Pavla se dokonce museli přestěhovat k příbuznému kvůli stupni postižení. Pan Vladimír: *„Jediné řešení, jak se postarat o dědečka, bylo pronajmout větší a bezbariérový byt, který bude vyhovovat nám oběma. Protože já mám garsonku a dědeček měl malý byt bez výtahu ve čtvrtém poschodí.“* Informace potřebné k péči si pečovatelé průběžně zjišťují sami nebo jim pomáhají lékaři. Paní Pavla měla problém s půjčením polohovacího lůžka: *„Když jsem se začala zajímat o lepší lůžko a dozvěděla jsem se, že existuje možnost si ho vypůjčit. Ale pak jsem byla nemile překvapena z toho, že se musím zapsat do pořadníku a tak jsme na lůžko raději šetřili.“*

Jaký vliv má podpora v péči na hospodaření s vlastním časem?

Pan Vladimír: Chodím do práce na směny a s péčí mně moje matka pomáhala, ale velice omezeně. Proto jsem si najal zdravotní setry z agentury, které dědečkovi nosily jídlo a dělaly společnost v době, kdy jsem byl v práci, ale nebyl jsem s nimi spokojen a požádal jsem tedy o pomoc sdružení, které dědečkovi zajišťovalo pravidelné jídlo, osobní hygienu a v neposlední řadě také společnost, ale s tím to sdružením jsem nebyl také spokojený, až jsem narazil na Diakonii a ti mi pomáhali do poslední chvíle a jsem jim za to vděčný, protože bych to bez nich sám nezvládl. Dovolenu jsem plánoval, ale nikdy k tomu nedošlo, vždy se objevilo něco, co jsem musel zařídít pouze já.

Druhý laický pečovatel pan Slávek: Zastoupení v péči není ještě tolik potřeba, ale nyní jsem byl dlouho v nemocnici, tak manželku hlídali děti i vnoučata a paní pečovatelka zajistila jako vždy nákup a úklid. Jedna z dcer bydlí vedle nás, tak o manželku bylo postaráno 24 hodin, myslím si, že to bude fungovat takto i budoucnu. Bez manželky jsem na dovolené nebyl a nedovedu si to zatím ani představit.

Paní Pavla: S péčí mně pomáhá má dcera a sestra z Charity, která mně chodí pomáhat



s večerním koupáním. Dcera obstará, když nemám čas nutné nákupy a úřady. Jelikož jsem vdova, tak nyní se věnuji téměř jenom péči o sestru, ale snažím se udělat si čas každou neděli na svoje vnučky. Na dovolené jsem nebyla od smrti manžela a to už je sedm let.

Shrnutí

Rodinní pečující musí někdy řešit náhradní péči, pokud chtějí jít vyřídit věci na úřadech, jít k lékaři, účastnit se kulturní akce. Toto krátkodobé přerušení v péči se pečovatelé snaží řešit pomocí jiných rodinných příslušníků. O možnosti zastoupení v péči na delší dobu pečující zatím nepřemýšlejí, ale stejně by nejraději znovu volili v zastoupení rodinu.

Všichni pečující udávají, že využívají pomoci v péči. Pan Slávek i paní Pavla využívají pomoci od svých dětí a od pečovatelek a pan Vladimír hledal komplexnější péči, protože se nemůže sám starat o dědečka, ale udává špatnou zkušenost se dvěma předešlými sdruženími: *„Už jsem nevěděl, jestli je chyba ve mně nebo si pořád vymýšlím něco, co se nedá splnit a byl jsem z toho docela nešťastný, ale měl jsem jistou představu, jak by péče o dědečka měla probíhat a tuto představu mně splnilo až třetí sdružení.“* Ale i přes tuto pomoc nemá ani jeden z pečujících tolik času jako dřív, protože péče o jejich blízkého je nesmírně náročná na čas. Pan Slávek: *„Nikdy jsem nedělal nic bez manželky, a tak mně to nepřijde divné, že jí věnuji všechn svůj čas.“*

Jaký vliv má zátěž sociální na izolovanost od rodiny, přátel a společenského života?

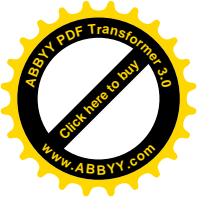
Pan Vladimír: O dědečka jsem pečoval při zaměstnání, takže jsem se necítil izolován od společenského života a od rodiny, pouze s čas strávený s přáteli jsem musel omezit. Na své koníčky jsem měl velmi málo času a mohl jsem se jim věnovat pouze nepravidelně.

Druhý laický pečovatel pan Slávek:

Jsem v důchodu. Izolován od rodiny se necítím, protože mám velkou rodinu, vždy je tu někdo, kdo nám například s něčím pomůže nebo přijde jen na návštěvu. Hodně jsme cestovali, chodili na výlety se známými, jezdili do lázní, na to už jenom vzpomínám. Mně by to už ale můj zdravotní stav stejně asi nedovolil. A známí pomalu umírají.

Třetí laický pečovatel:

Asi se cítím izolovaná, už nemohu chodit do společnosti, jezdit na výlety jak jsem byla zvyklá, ale nijak tím netrpím, možná bych si tam bez manžela připadala nepatřičně. Dcera



s vnučkou nás chodí hodně navštěvovat a s mými kamarádkami zajdu jednou týdně na kávu.

Shrnutí

Poskytování péče až 24 hodin denně může vyvolat stav, kdy je pečovatel izolován od rodiny, přátel, společenského života. Pečovatel se může cítit velmi unavený a tedy neschopný mít volno alespoň jednou týdně.¹⁰⁰ Zátěž sociální úzce souvisí s podporou v péči.

Všichni pečující udávají, že se necítí izolováni od rodiny, protože jsou s rodinou v kontaktu.

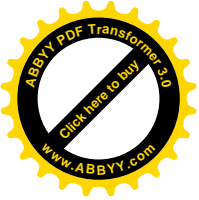
Ale od společenského života ano. Pan Vladimír. „*Musel jsem odmítat kamarády, když mě lákali na nohejbal, že nemám čas.*“ Pan Slávek a paní Pavla sice udávají, že jim společenský život chybí, ale stejně neví, jestli by situace vypadala jinak, kdyby se nestarali o své příbuzné. Panu Slávkovi by to nedovolovalo zdraví.

Jaký vliv má zátěž citová na pocity pečovatelů?

Pan Vladimír: Pro mě byla péče nejvíce náročná na čas a trpěl jsem pocitem viny, neustále jsem si kladl otázku, zda o dědečka dobře pečuji, jestli bych se neměl starat lépe. Podrážděný jsem býval hodně ze začátku, protože dědeček byl ve druhém stadiu nemoci a býval hodně zlý a komunikace s ním byla velice obtížná. Ze začátku to bylo hodně těžké, než jsme si zvykli a nastolili určitý denní režim. Musel jsem se naučit trpělivosti a vše řešit v klidu a po dobrém. Vyžadovalo to značné psychické vypětí a cítil jsem nesmírnou tíhu. Ale později se situace uklidnila a vycházeli jsme spolu dobře. Vnitřní sílu jsem čerpal z toho, že jsem věřil, že dělám dobrou věc. Malé radosti jsem si dělal velmi málo, nějak jsem na sebe vůbec nemyslel.

Pan Slávek: Snažím se pro manželku dělat to nejlepší, jenom si nejsem jist, zda to stačí. Podrážděný bývám velice často, protože manželka také velice špatně slyší, takže komunikace s ní je hodně náročná. Byl jsem zvyklý s manželkou vše řešit a o všem si popovídat. Vždy večer než jsme šli spát, tak jsme probrali, co se ten den stalo, jak se cítíme, to mně velmi chybí, takové to spříznění duší. Ted' už to tak není. A se svými problémy se svěřuji svému synovi, který mě vždy ochotně vyslechne, ale to se vůbec nedá srovnat. Poslední radost jsem si udělal hodně velkou, koupil jsem si nové auto, tak doufám, že budu moc ještě nějakou dobu řídit a vozit manželku na vyšetření.

¹⁰⁰ Tošnerová, T., Příručka pro pečující, str.12



Paní Pavla: Bude to asi znít divně, ale já nejsem podrážděná nebo emočně unavená, mě sestra nabíjí. Sálá z ní takový klid a smířenost. Já když jsem někde např. na úřadech, tak se těším do té domácí pohody. Samozřejmě mně dlouho trvalo, než jsem se smířila se sestřiným osudem a druhá fáze byla nejhorší. Setra byla vždy velmi hodná a klidná osoba a to jí zůstalo. Když ještě nebyla tolik nemocná, tak jsme spolu chodily na koncerty vážné hudby a doma sestra hrála na klavír, ale postupem času ani už neuměla noty a nevěděla na co je klavír, ale hudbu jí dodnes pouštím a obě u toho relaxujeme.

Shrnutí

Citová zátěž je často vyústěním všech typů zátěží. Pečovatelé mnohdy nemají možnost svobodně hospodařit se svým časem, musí se vyrovnat s velkou zodpovědností a to vše může pečovateli vnímat jako zvýšenou závislost na příjemci péče a vyvolat řadu nepříjemných pocitů.¹⁰¹

Pan Vladimír i pan Slávek popisují své pocity spíše negativně. Pan Vladimír: Je to, že měl pocit nedostatku času a pocit viny, že se dědečkovi dostatečně nevěnuje, jak by si sám představoval i pan Slávek uvádí, že si není jistý, zda vše dělá jak má a má velký pocit nejistoty. „*I když máme velkou rodinu a hodně dětí, mám strach, že kdyby se se mnou něco stalo, jak by se o manželku postarali...*“

Paní Pavla naopak uvádí jistou pohodu, která sálá z její sestry. „*Lhala bych, kdybych řekla, že jsem vždy v naprosté pohodě, ale většinou ano. Je to takové moje sluníčko, co nikomu neublíží.*“ A Vladimír i Pavla uvedli, že druhá fáze byla po psychické stránce daleko obtížnější než třetí fáze nemoci.

Jaký vliv má tělesná zátěž na zdravotní problémy pečovatелů?

Vladimír: Po fyzické stránce mě o péče o dědečka nijak zvlášť nezatěžovala, z počátku péče byl dědeček ještě částečně pohyblivý, tak to nebylo až tak namáhavé. Potom už byl upoután na lůžku, ale to už mně s ním pomáhaly sestry z diakonie. Sice jsem se cítil často unavený, ale jiné zdravotní problémy jsem neměl. Chtěl jsem pravidelně chodit do posilovny, ale nebyl na to prostě čas. A o své zdraví jsem se staral stejně jako dřív, nijak zvlášť kromě zubaře, jsem nemusel lékaře navštěvovat.

Slávek: Ano zdravotní problémy, se u mě objevily, nyní jsem po těžké operaci žaludku. Často

¹⁰¹ Tošnerová, T., Příručka pro pečující



se cítím unavený i vyčerpaný, ale nevím, jestli to souvisí s péčí o manželku nebo s mým stářím. Ale péče o manželku začíná být pro mě obtížnější. Spolu s manželkou se ještě snažíme chodit na dlouhé procházky, nejlépe každý den, i dřív jsme se s manželkou snažili žít zdravě. Naší velkou vášní byla zahrada, na kterou ale už nestačíme, tak alespoň chodíme hrabat listí apod. Své zdraví jsem zanedbal, protože pořád nebyla vhodná chvíle jít k doktorovi až po několikátýdenním naléhání našich dětí, jsem začal řešit své problémy.

Pavla: Tato péče je velká fyzická zátěž, ale díky sestře z Charity a zvedáku je to snadnější. Teď je ta námaha menší, moje sestra už jenom leží, péče je tedy o něco jiná než před dvěma roky. To jsme třeba celou noc nespaly, protože sestra potřebovala na záchod a pak jsem jí z toho záchodu nemohla dostat. Mám vysoký tlak a teď mně zjistili cukrovku, tak se musím hlídat. A procházky odbudu, když jdu na nákup.

Shrnutí:

Tělesná zátěž se při zajišťování péče o bezmocnou a závislou osobu zvyšuje, např. přemísťování, polohování. Také vlastní péče o domácnost vyžaduje dostatek energie a může být při dlouhodobé péči značně vyčerpávající a unavující.¹⁰²

Pro pečující Pavlu i Slávka je péče po fyzické stránce náročnější také vzhledem jejich věku a objevují se u nich také nemoci. Vladimír fyzickou námahu nijak více nepocíťoval, což bude dáno jeho věkem a silou. Všichni se ale shodují na tom, že na řešení svých zdravotních problémů není tolik času.

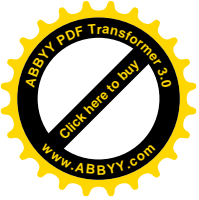
5.7 Závěr výzkumu

Prostřednictvím kvalitativního výzkumu ve své bakalářské práci jsem si uvědomila jeden důležitý fakt, který hraje proti pečovatelům, a to je čas. Slovo čas se objevovalo snad v každé zmíněné zátěži.

Jaký vliv má zátěž plynoucí z prostředí na způsob života pečujícího?

Všichni pečující uvedli, že museli nějakým způsobem upravit domácí prostředí. A to přestěhováním nábytku nebo koupí kompenzačních pomůcek. Paní Pavla se přestěhovala a

¹⁰² Tošnerová, T., Příručka pro pečující



pan Vladimír si dokonce musel pronajmout větší byt, aby se mohl starat o svého dědečka.

Jaký vliv má podpora v péči na hospodaření s vlastním časem?

Všichni pečující využívají podpory v péči, kterou jim zajišťují rodinní příslušníci, pečovatelky a také sestry z Charity. Pan Vladimír má zkušenost se třemi druhy institucí, které v průběhu péče (rok a půl) vystřídal. I tak, že na péči nejsou sami, nemají tolik času jako dřív.

Jaký vliv má zátěž sociální na izolovanost od rodiny, přátel a společenského života?

Na izolovanost od rodin pečujících zátěž sociální neměla žádný vliv, ale izolovanost od přátel a společenského života se projevila. U pana Slávka to není tak jednoznačné, protože zde hrají roli i jiné faktory, jako je zdraví.

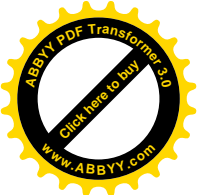
Jaký vliv má zátěž citová na pocity pečovatелů?

U pana Slávka i u Vladimíra se objevují negativní pocity, jako pocit viny, pocit neovlivnitelnosti situace. Paní Pavla však tyto pocity nepocituje, má spíše pozitivní pocity, jako pocit klidu a pohody, která u nich panuje.

Jaký vliv má tělesná zátěž na zdravotní problémy pečovatелů?

Zdravotní problémy postihly pana Slávka, ale ten není specifikovaný, neví, zda souvisí s péčí o manželku a myslí si, že spíše ne. Paní Pavla má zvýšený krevní tlak a cukrovku, ale ani ona to nemá potvrzeno, že by to souviselo s péčí o sestru. Jediný pan Vladimír neudává žádné zdravotní problémy, ale to souvisí jednak s jeho věkem a jednak s délkou péče o dědečka.

Domnívám se, že tyto moje výsledky mohou posloužit jako základní orientační materiál, těm lidem, jejichž blízký byl pozitivně diagnostikován na Alzheimerovu chorobu. A také persiánu institucím, aby mohly pečujícím osobám podat informace, které jim ulehčí péči. Já díky napsání této bakalářské práci jsem mohla nahlédnout do domácností pečujících a příjemně si popovídat ne o zrovna příjemných věcech. A přesvědčila jsem se, díky jejich nezkreslenému pohledu, že až se budu muset postarat o svého blízkého, tak to zvládnu.



Resumé

Tato bakalářská práce se zabývá Alzheimerovou chorobou a zátěží rodinných příslušníků, kteří o nemocné pečují.

V teoretické části je vymezeno stáří a jeho biologické, psychologické a sociální změny. V druhé kapitole je popsána demence a její typy a dále se věnuje Alzheimerově chorobě. Hlavní část práce se zabývá rodinnými pečujícími, jejich rolí v péči o nemocného a péči o samotného pečujícího.

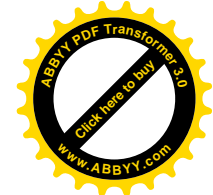
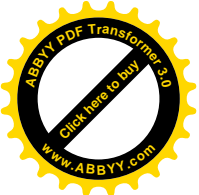
V praktické části je zjišťován vliv fyzické, psychické a sociální zátěže na zdraví pečujícího a jeho osobní život. Kvalitativní výzkum formou rozhovoru probíhal mezi rodinnými pečujícími v jejich domácnostech v městě Brně a v Olešnici na Moravě. Byli dotazováni celkem čtyři pečující, z toho jeden pečuje o nemocného v prvním stadiu choroby a ostatní pečují o nemocné ve třetím stadiu Alzheimerovy choroby.

Abstrakt

This bachelor thesis deals with Alzheimer's disease and mental strain of family members who take care of the ill.

The theoretical part defines the old age and its biological, psychological and social changes. The second chapter describes dementia and all its types and then it is dedicated to Alzheimer's disease. The main part of this writing deals with caring relatives and their role in patient care and care for the very caring persons. The practical part investigates the influence of physical, mental and social burden and then the burden resulting from the environment on the caring person health and their personal life.

The qualitative research was done as an interview among caring family members in their homes in the city of Brno and in Olešnice in Moravia. I interviewed four caring people in total; one of whom takes care of the ill person at the first stage and the others are caring for the ill persons at the third stage of Alzheimer's disease.



Anotace

Bakalářská práce pojednává o Alzheimerově chorobě a zátěžích domácích pečovateli, kteří pečují o nemocné Alzheimerovou chorobou. Zjišťuje, zda tyto zátěže mají vliv na zdraví pečujících a v neposlední řadě také na jejich sociální izolovanost.

Klíčová slova

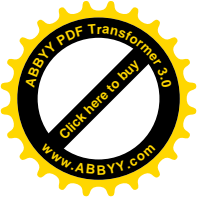
Stáří, změny ve stáří, demence, Alzheimerova choroba, pečující, domácí péče, fyzická, psychická a sociální zátěž, podpora

Annotation

The bachelor thesis deals with Alzheimer's disease and the strain of home carers who look after patients suffering from Alzheimer's disease. The thesis aim is to find out whether this burden affects the physical and mental health of carers and, last but not least, their social isolation.

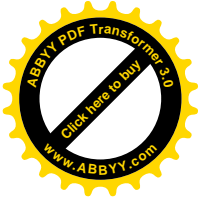
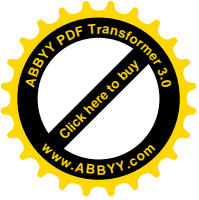
Keywords

Old age, changes in the old age, dementia, Alzheimer's disease, carer, physical, psychological and social burden, support



Použitá literatura

- Alan, J., Etapy života očima sociologie. 1 vyd.Praha:Panorama, 1989, 440 s. 11-071-89
- Bartoš,A.,Hasalíková. M.,Poznejte demenci správně a včas - příručka pro klinickou praxi. Mladá fronta.179s. ISBN 978-80-204-2282-8
- Buijssen,H., Demence, Praha: 2006, Portál str. 132, ISBN80-7367-081-X
- Dušková,K., Hasalíková, M, Sociální aspekty péče o nemocného, Praha 2009
- Haškovcová.H., Fenomén stáří.Havlíček Brain team 2010.str.365.ISBN 978-80-87109-19-9
- Hayflick, L., Jak a proč stárneme, 1. Vyd.Praha, Columbus, str. 432, ISBN 80-7176-536-8
- Hendl,J.,Úvod do kvalitativního výzkumu.Praha:Karolinum.1997.243s. ISBN 80-7184-5493
- Holmerová, I.,Jarolímová, Na pomoc pečujícím,Novartis,ISBN není
- Holmerová,I.Jarolímová,Suchá, Péče O Pacienty S Kognitivní Poruchou, Praha:EV public relations,2007, 299s. ISBN 978-80-254-0177-4
- Holmerová,I.,Jurášková,B.,Zikmundová,K.,Vybrané apitoly z gerontologie,Praha:EV public relations,2007.143 s. ISBN 978-80-254-0179-8
- Tošnerová, T., Příručka pro pečující, Pfizer 2004
- ISBN 978-80-246-1318-5
- Kraus Blahoslav, Základy sociální pedagogiky,1 vyd. Praha: Portál, 2008, 216s. ISBN 978- 7367 – 383 – 3
- Preiss,M,Křivohlavý,J.Trénování paměti a poznávacích schopností.Grada 2009.ISBN 978-80-247-2738-7
- RABUŠIC, L., Česká společnost stárne. . Vyd. 1. Brno : Georgetown, 1995. 192 s ISBN 80-901-6042-5
- Regnault Mathilde, Alzheimerova choroba, 1. Vyd. Praha, portál 2011, 120 stran, ISBN 978-80-262-0010-9
- Ressler, P. Alzheimerova choroba-diagnostika a léčba. Neurologie pro praxi 1/2004
- Skvaříček,R.,Šedřová,K.,Kvalitativní výzkum v pedagogických



vědách.Praha:Portál.2007.377s,ISBN 978-80-7367-313-0

- Stuart-Hamilton,I.,Psychologie stárnutí, 1.vyd.Praha:Portál,1999,320s. ISBN 80-7178-274-2.
- Vágnerová M. Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří. Karolinium 2008.
- Holmerová,,I.Jarolímová,Nováková,Alzheimerova choroba v rodině,Praha 2004:Pfizer .str.8
- Regnault,M., Alzheimerova choroba.Praha 2011, 119s. ISBN 978-80-262-0010_9
- Jiráček, Laňková, Demence,Praha 2007:Nadační fond Praktik,10 s.ISBN:80-86998-XX-

Internetové zdroje

- Hajdovská Tlustá Kateřina [online] c2006[cit.5.4.2012]dostupné z:<http://haj-tl.wz.cz>
- Zvěřová, Alzheimerova demence a zátěž pečovatele[online]c2010[cit 3.4.2012] dostupné z: <http://www.cspsychiatr.cz/>
- Šebková,S.Alzheimerovachoroba[online]c2010[cit3.4.2012]dostupné z:<http://www.ordinace.cz/>
- <http://www.alzheimer.cz/>

Časopis:

- Kašpárková, Nepřítel číslo jedna:Alzheimer,Týden 2002,č.12,str.84-88